Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 81 | MICROCHIP: 900255003231623 | FECHA: 21-11-2025 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Jacko | | | | COLOR: Pardo | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 5 M | PESO: 2.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Patricia Plazas Hernandez | DIRECCION Cr 113 89G 09 | TELEFONO 3132532961 |
| CEDULA: 52071725 | CORREO ELECTRÓNICO: patripla71@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Tecnico / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X_APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| N/A | 14 / Nov 25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 93 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.7 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,13 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,4 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,1 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 32492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| CLAUDIA PATRICIA PLAZAS H | 52 071 725 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52071725
NUMERO

PLAZAS HERNANDEZ
APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA
NOMBRES

Claudia Patricia Plazas H.
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1971
SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

21-SEP-1990 SANTAFE DE BOGOTA DC
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500102-42081062-F-0052071725-20000804 03221 00199A 01 089483472

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas de nuestro servicio de clientes use el

**1003894-6**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372939167-7**

CLIENTE

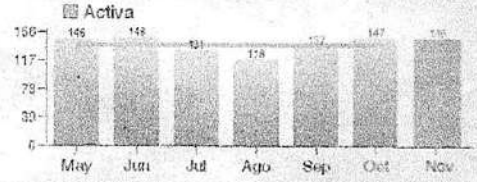
**DIDIMO ANTONIO PLAZAS RINCON**
KR 113 NO 89 G 09
BOGOTA, D.C. - CIUDADELA COLSUBSIDIO

06 703 2531 / 16060094

¿Prefiere la factura física? Escanee el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $820,96

**CONSUMO DIARIO:** 4,56 kWh

**VALOR DIARIO:** $3.245

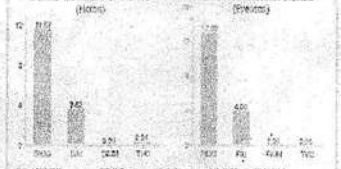
**PERÍODO FACTURADO:** 04 OCT/2025 A 04 NOV/2025 — **DÍAS FACTURADOS:** 32 — **CONSUMO MES** 146 kWh

¡Este mes tuviste ahorro! La LECTURA DE TU MEDIDOR fue CONSUMO de energía estimado dentro de tu historial

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| **CLASE DE SERVICIO:** | Residencial |
| **ESTRATO:** | 3 |
| **CARGA kW:** | 3,00 |
| **FACTOR:** | 1 |
| **RUTA REPARTO:** | 30007057032531 |
| **RUTA LECTURA:** | 37057030538 |
| **MANZANA DE LECTURA:** | MS00565039 |
| **MEDIDOR NO:** | 16060094 |
| **SUBCLASE:** | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




Para mejorar estos indicadores [illegible]

## USO SEGURO DE LA ENERGÍA

**Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.**

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicios en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
320 650 6003 (Bienvenido a Enel o paso Asesor)
Enel Colombia · @EnelColombiaCO
Regístrate gratis · Zona privada de la página Web · App Enel Clientes Colombia

| Bogotá, Sabana y Cundinamarca | Línea gratuita | Correo electrónico |
|---|---|---|
| 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 direnalse@enel.com |

Defensor del Cliente: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago · Billetera Virtual · Corresponsales Bancarios · Red Distrital · Centros de Servicio · Código QR · Almacenes de Cadena

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Transfiriendo · daviplata · MOVII · Nequi · tpaga · CONRED · efecty · Reval · RED CADE · enel · MOVIRED · efecty

Si cancela en un corresponsal bancario, exija el desprendible del depósito. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** — **Vigencia: OCT/2025**
G: $205,46 T: $82,67 D: $307,93 CV: $76,69 PR: $60,35 R: $35,66 CF: $0,00 / $420,06 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: TB25-422011 - - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Sujetos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de dichos once de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115, línea en Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 15 de diciembre de 2023.
"Sobre el acto de preparación procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura da cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, beneficiarios y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea en Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, beneficiarios y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunicarse a la línea (601) 5 115 115, línea en Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP umplirá el servicio de reparto para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada tercero.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-6, ámbas vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




CUDE: 122e519eb8650078fd0092b5e5f4d4535b6673eb47e96ca71ca8de8763fbb94ee8575606e94d25f7f47cb2ae1331905b

FECHA GENERACIÓN: 08/11/2025 01:21:04
FECHA EXPEDICIÓN: 08/11/2025 22:12:15

Fecha de impresión: Cuando la factura sea impresa en papel térmico, la información puede desaparecer en un periodo de tiempo inferior a 6 meses.

Proveedor Tecnológico: Conexal Technology y Conexión SAS BIC - Nombre del SW: OENFacturero - NIT 900.221.151-6

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | |
|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 82 | MICROCHIP: 900255003231546 | FECHA: 21-11-25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Copito | | | | COLOR: Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 6M | PESO: 2.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X__COMPRADO_____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Celinia Lozano Moreno | DIRECCION Tr 111 N° 75-04 | TELEFONO 3168703354 |
| CEDULA: 39.761 565 | CORREO ELECTRÓNICO: 3168703354@smcorreo.com | |
| BARRIO O VEREDA Garces Navas / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | |
|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: 01/11/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 · /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 105 l/m | F. RESPIRATORIA: 27 r/m | TEMPERATURA: 38.4 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: buena | |

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,2 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.4 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,19 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,1 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Médico Veterinario<br>T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Celmi Segura | 39701565 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 39.761.565
LOZANO MORENO
APELLIDOS
CELINIA
NOMBRES
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 22-AGO-1979
GUATEQUE
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.57
ESTATURA
B+
G.S. RH
F
SEXO
12-AGO-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
INDICE DERECHO
A-1500150-00200331-F-0039761565-20091127
0018409621A 1

107702

enel Bogotá

earth pact PARA UN FUTURO ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **1102954-2**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372999922-1**

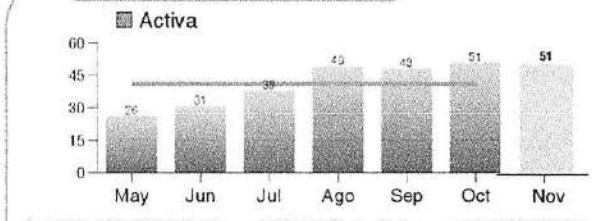
107702

**CLIENTE**

**MARIA DEL PILAR PAIBA CORTES**
KR 111 NO 75 04
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS SUR

06 710 2668 / 127082

**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




**VALOR kWh APLICADO** $820,96

**CONSUMO DIARIO:** 1,59 kWh

**VALOR DIARIO:** $1.112

**PERÍODO FACTURADO:** 04 OCT/2025 A 04 NOV/2025

**DIAS FACTURADOS:** 32

**CONSUMO MES** 51 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 41 kWh

Este mes tuvimos acceso a tu **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** presentó una variación. Encuentra las posibles causas y tips de ahorro en www.enel.com.co





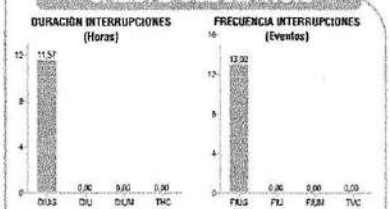

**INFORMACION DE LA CUENTA**

| | |
|---|---|
| **CLASE DE SERVICIO:** | Residencial |
| **ESTRATO:** | 3 |
| **CARGA kW:** | 5,00 |
| **FACTOR:** | 1 |
| **RUTA REPARTO:** | 30007067102668 |
| **RUTA LECTURA:** | 37067180504 |
| **MANZANA DE LECTURA:** | MS00565508 |
| **MEDIDOR NO:** | 127082 |
| **SUBCLASE:** | Básica |

**USO SEGURO DE ENERGÍA**

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

**CALIDAD DEL SERVICIO**




CD: 5148TR1 GRUPO: 11 HC: 0,50 VC: 0,00 CEC: 0,80
PERIODO: 2025/09 DI: 257,15 CF: 48,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 *U: 0,20
*Para mayor detalle consultas las resoluciones CREG 015 de 2018 y 035 de 2019*

**CONTÁCTANOS**

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

**¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?**

**Medios virtuales de Pago**
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual**
dale · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**
CONRED · efácil · El Reval · MOVIRED · efecty

**Red Distrital**
RED CADE

**Centros de Servicio**
enel Oficinamovil Chía, Girardot y Facatativá

**Almacenes de Cadena**
Jumbo · Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.






**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** **Vigencia: OCT/2025**
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

**GRUPO: 11 CIRCUITO: 6L39-5148TR1-- NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa**

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenadores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG166/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 08/11/2025 01:21:20
FECHA EXPEDICIÓN: 08/11/2025 21:59:09


QUDE: ce04efe9b9664a76341851792def4d30d4468d2a3de45eb1581c2f4692f17dac618cfde180a373e778a77cafb2fec8a84



Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8
Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.191-9
5.795 - Página 1 de 2

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $35.590 | | $0 | | $35.590 | 19 NOV /2025 | 21 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 1102954-2

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 04 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real**

**Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 6.922 | | 6.871 | | 51 | | 1 | | 51 | 51 | | $820,96 | | $41.869 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $307,93 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130.00 kWh X | | | | Valor kWh $820,9603 | | X | | Beneficio -15.00 % | | | | | -$6.280 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.112 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $35.589 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $1 |
| SUBTOTAL: | $1 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $35.590

### Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.


NÚMERO DE CLIENTE
1102954-2

Documento Equivalente Electrónico No.
372999922-1

(415)7707209914253(8020)011102954237299992 21(3900)00000000035590

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$35.590

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 83 | MICROCHIP: 900255003231550 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Tom | | | | COLOR: Gris | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 7M | PESO: 3.1 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Patricia Romero Acosta | DIRECCION cl 73 #110B-65 | TELEFONO 3224450998 |
| CEDULA: 1024582329 | CORREO ELECTRÓNICO: pradaluisa@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Villa Amalia / ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: primaria / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| N/A | N/R | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO__X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 103 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa. |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,4 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,22 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,12 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañia.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Sandra Romero | 1024582329 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1997
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.54 A+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
28-JUL-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
P-1500150-00732316-F-1024582329-20150811 0045764415A 1 44329897



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.024.582.329
ROMERO ACOSTA
APELLIDOS
SANDRA PATRICIA
NOMBRES
Sandra Romero
FIRMA

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT:860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7966819-8**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372688926-5**

**CLIENTE**

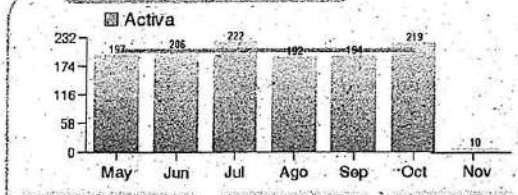
**JOSE OLAYA**
CL 73 NO 110 B 65 IN 101

BOGOTA, D.C. - 005648

04 505 1497 / 23599918

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $818,83

**CONSUMO DIARIO:** 0,33 kWh

**VALOR DIARIO:** $161

**PERÍODO FACTURADO:** 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025

**DÍAS FACTURADOS:** 30

**CONSUMO MES** 10 kWh

CONSUMO PROMEDIO ÚLTIMOS 6 MESES: 205 kWh

En los últimos dos meses accesó a la LECTURA DE TU MEDIDOR y su CONSUMO presentó una variación. Explore otras posibles causas y tipos de consumo en www.enel.com.co


EL PRESTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGO A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

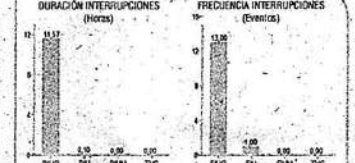
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Vigilado Superintendencia Financiera - NIT 860.321.151-0


## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005045051497 |
| RUTA LECTURA: | 35045091034 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00564801 |
| MEDIDOR NO: | 23599918 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 4203TR1 GRUPO: 11 HC: 0.00 VC: 0.00 DEC: 0,00
PERIODO: 202509 DI: 258,44 CF: 194,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,00
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019*

## CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 5140055 denuncias@enel.com |

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## USO SEGURO DE ENERGÍA:

**Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.**

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

APP Bancos · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetero Virtual**

Daviplata · Dale! · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED · efecti · Reval · Su Red · Servientrega · Su Red · Gana · MOVIRED · Baloto · Efecty

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

enel Colombia Chía, Girardot y Fusagasugá

**Almacenes de Cadena**

Jumbo · Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.


Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

Escanea el código.


**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025

G: $294,58 T: $1,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL36-4835TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG155/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 06:09:40
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 14:46:11


CUDE: 5e1ccf1b738603a751cbe8dc00721f1416e78daeb4fce36b19l8855ff559ec72ac19281ab24996d63d9c7bb242eebdd2



Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800096.812-8. Proveedor Tecnológico

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 84 | MICROCHIP: 900255003231557 | | FECHA: 21/11/25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Thai | | | | COLOR: Cafe Beige | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Siamés | EDAD 1A | PESO: 5.1 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO Nació en casa

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Sandra Patricia Romero Acosta | | DIRECCION Cl 73 #110B 65 | TELEFONO 3224450976 |
| CEDULA: 1.024.582.329 | | CORREO ELECTRÓNICO: pradalusa@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Villa Amalia | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVA | |
| ESCOLARIDAD: primaria NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/A | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X | |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa | |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno. | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 100 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa | |
| OBSERVACIONES: — | | | | | |

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0.15 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.16 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0.35 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0.2 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9713 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO al** Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañia.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Sandra Romero | 1024582329 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUN-1997
FRESNO
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.54 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

28-JUL-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00732316-F-1024582329-20150811 0045764415A 1 44329897

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.024.582.329
ROMERO ACOSTA
APELLIDOS
SANDRA PATRICIA
NOMBRES



Sandra Romero
FIRMA

enel Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **7966819-8**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372688926-5

**CLIENTE**

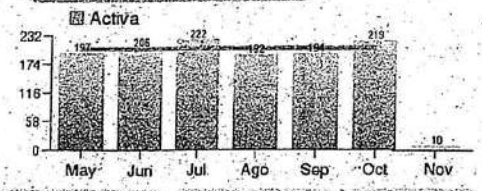
**JOSE OLAYA**
CL 73 NO 110 B 65 IN 101
BOGOTA, D.C. - 005648

04 505 1497 / 23599918

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


EL PRESTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
¡Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia!
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!
Encuéntralos escaneando el código
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com


**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




| | |
|---|---|
| VALOR kWh APLICADO | $818,83 |
| CONSUMO DIARIO: | 0,33 kWh |
| VALOR DIARIO: | $161 |

| PERÍODO FACTURADO: | DÍAS FACTURADOS: | CONSUMO MES | CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES |
|---|---|---|---|
| 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025 | 30 | 10 kWh | 205 kWh |

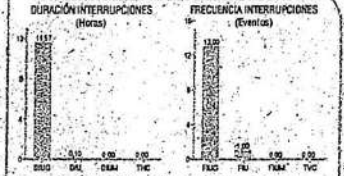
Estamos atentos a tu LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO presentado para validación. Recuerda que los cortes y reconexiones se realizan en días hábiles.

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 300050450514 97 |
| RUTA LECTURA: | 35045091034 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00564801 |
| MEDIDOR NO: | 23599918 |
| SUBCLASE: | Básica |

**USO SEGURO DE ENERGÍA:**
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

**CALIDAD DEL SERVICIO**




CD: 4435TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 202509 DI: 258,44 CI: 194,00000 MC: 0,00 MP: 1,00 %E: 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

**CONTACTANOS**

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/hablemos-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

**ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE:** Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
**EMERGENCIAS:** 115 Gratuito las 24 horas
**DENUNCIA:** 601 5140055 denuncias@enel.com

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

**¿COMO PAGAR TU FACTURA?**

**Medios virtuales de Pago**
APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual**
Daviplata · Dale! · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**
CONRED · efecti · Reval · MOVIRED · Su Red Efecty

**Red Distrital**
RED CADE

**Centros de Servicio**
enel Colombia Cómo, Dónde y Facturación

**Almacenes de Cadena**
Jumbo · Éxito

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025
G: $294,59 Tr: $$1,65 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,00 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes


Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código


GRUPO: 11 CIRCUITO: BLS6-4835TR1- - NIVEL DE TENSION: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

*Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994.

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 06:09:40
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 14:46:11


CUDE: 5a1cc1f1b7396603a751cbe8dc00721f1416e78daeb4fce36b19f8855f568ac72ac8281ab24906d63d9c7bb242eebdd2



Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.088.812-8. Proveedor Tr

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 85 | MICROCHIP: 900255003231238 | | FECHA: 21-11-2025 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Mani | | | | COLOR: Blanco Pardo | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 2A | PESO: 4.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ____REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Andrea Fernanda Pinilla Ladino | DIRECCION Cl 73 F Bis 109-21 | TELEFONO 3248380764 |
| CEDULA: 1074 556 955 | CORREO ELECTRÓNICO: andypinillaladino@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Garces Navas / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | |
|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X<br>CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa<br>FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO _ X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. X II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 101 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa | |

OBSERVACIONES: ---

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,17 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez C<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Medico Veterinario<br>T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañia.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañia, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Andrea Gonzalez | 1072455693 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA

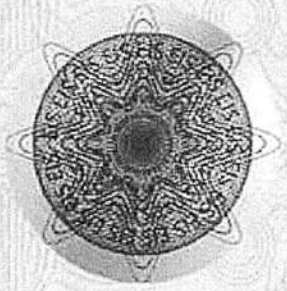
Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

# CONTRASEÑA



**PRIMERA VEZ CC**
**1.074.556.955**



APELLIDOS / NOMBRES
**PINILLA LADINO**
ANDREA FERNANDA

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
**07-SEP-2007**
**SUSA - CUNDINAMARCA**

FECHA DE EXPEDICIÓN
**15-SEP-2025**

SEXO
**FEMENINO**

LUGAR DE PREPARACIÓN
**SUSA - SUSA**

OFICINA DE ENTREGA
**SUSA - SUSA**

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

**ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 15-MAR-2026**

**8516667532**
**15-SEP-2025**

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es:

**0587325-4**

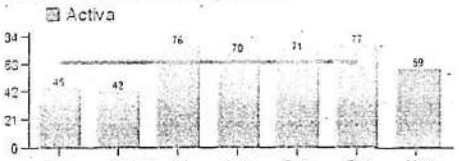
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372719583-8

PABLO EMILIO ANTOLINEZ YO
CL 73 F BIS NO 109 21
BOGOTA, D.C. - GARCAS NAVAS

05 710 5099 / 1947

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 2,03 kWh

VALOR DIARIO: $1.420

PERÍODO FACTURADO: 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES 59 kWh

CONSUMO PROMEDIO 3 MESES 64 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO! Si el equipo se encuentra dentro de lo Normal.

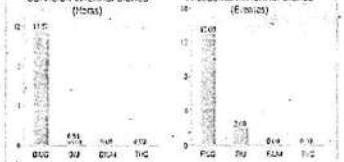





## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA KW: | 5,55 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 300075710S099 |
| RUTA LECTURA: | 37657150C95 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00562710 |
| MEDIDOR NO: | 1947 |
| SUBCLASE: | Básica |

## INFORMACIÓN DE INTERRUPCIONES




## RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/tramites.html
Chat de atención en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion.html
316 560 6003 (Línea Bonito paso Asesor)
Enel Colombia @EnelColombia00
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
601 514 0065 defensoria@enel.com

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-clientes.html
defensor@enel.com

## PUNTOS DE PAGO

APP Enel Clientes Colombia
Internet
Teléfono Servicio
Débito Automático
Cajero Electrónico
APP Enel Clientes Colombia
Botón de pago online
Botón de Pago Corresponsales
dale!
MOVII
Nequi
tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, Efecty
Red Distrital: RED CADE
Centros de Servicio: enel
Almacenes de Cadena
Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del depósito. El pago del corresponsal no es un recibo válido ante una casa de reclamo.




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: OCT/2025

G: $205,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $75,68 PR: $60,36 R: $25,55 CF: 50,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO 11 CIRCUITO: SL38-4813781 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 512 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Empresas de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los anteriores, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

CUDE: 66c015d9d74a7405d09a1cf471be4c26b7fe15dd8ae2066369a5a087e26d2cd1b81a3d10c5da9212cc87e0d9b7b6415

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:27:21
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 22:35:10


Proyección Tecnológica: Gravity Tecnología y Soluciones SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 900.221.151-0

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.048.226-8


101752

101752

10.390 - Página 1 de 1

1 Factura Fácil Cuotas $41.170 + 2 Portafolio Enel X $17.400 = 3 Total a Pagar $58.570

PAGO OPORTUNO 19 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN 21 NOV/2025

ENERGÍA | NÚMERO DE CUENTA 0587325-4 | FACTURACIÓN 03 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real | Situación encontrada: Normal

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 25.373 | 25.919 | 39 | 1 | 59 | 59 | $650,99 | $38.397 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | $207,93 | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 120,00 kWh X | | Valor kWh $623,5603 X | | Beneficio -15,00 % | | | -$7.266 |

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.420 DIARIOS

SUBTOTAL: $41.171

**Otros cobros asociados a energía**

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $-1 |
| SUBTOTAL: | $-1 |

**Otros cobros de productos y servicios**

| | |
|---|---|
| Asistencia Protección Luz 360 | $17.400 |

enelx

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o suscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

1 TOTAL ENERGÍA $41.170 | Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas | 2 TOTAL OTROS $17.400

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.263

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gestas de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15,00 %

**Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.**

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- Digita la opción número 2
- Ten a la mano tu número de cuenta / cliente

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.



NÚMERO DE CLIENTE 0587325-4

Documento Equivalente Electrónico No. 372719583-8

(415)7707209914253(8020)010537325437271956 39(3900)00000000058570

PAGO OPORTUNO 19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR $58.570

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 86 | MICROCHIP: 900255003231239 | FECHA: 21-11-2025 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Chai | | | COLOR: Blanco | |
|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 5 Meses | PESO: 2.8 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_ REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Omaira Carolina Melo Hernandez | DIRECCION Cl 71A 84A 10 | TELEFONO 3115661133 |
|---|---|---|
| CEDULA: 33376903 | CORREO ELECTRÓNICO: Karolmehe@hotmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Santa Helenita | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ |
| ESCOLARIDAD: Pregrado NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| NR | Oct 2025 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: 01 Nov 2025 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 2 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 102 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,9 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,11 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 33.376.903 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañia. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **33.376.903**

**MELO HERNANDEZ**

APELLIDOS

**OMAIRA CAROLINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-SEP-1984**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.59** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**09-OCT-2002 TUNJA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-0700100-01010518-F-0033376903-20180525 0061312322A 1 9904468389

133506

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0565071-5**

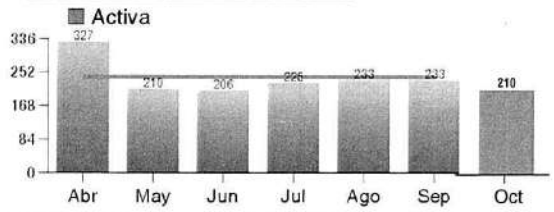
**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 371364905-5**

**CLIENTE**

**JORGE ESANCHEZ**
CL 71 A NO 84 A 10
BOGOTA, D.C. - SANTA HELENITA

18 502 6077 / 640178

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $818,83

**CONSUMO DIARIO:** 7,00 kWh

**VALOR DIARIO:** $5.200

**PERIÒDO FACTURADO:** 23 SEP/2025 A 22 OCT/2025

**DIÀS FACTURADOS:** 30

**CONSUMO MES** 210 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 239 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!


## Realiza tus trámites de forma fácil y segura.

Ingresa en la **zona privada de enel.com.co** y podrás:

Pagar seguro por PSE.

Consultar facturas, consumos y más.

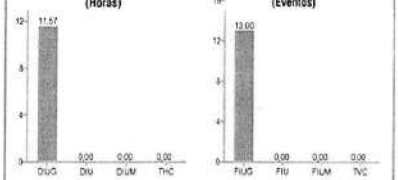
Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.




## INFORMACION DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 4,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005185026077 |
| RUTA LECTURA: | 35185040320 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00560808 |
| MEDIDOR NO: | 640178 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 4649TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 YC: 0.00 CEC: 0.00
PERIODO: 2025/08 DI: 258,44 CF: 233,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %I: 0,20

*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes
enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de servicio en
enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion

316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia @EnelClientesCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito los 24 horas. | 601 6140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago PSE · Botón de Pago Bancolombia

en Zona Privada enel.com.co

**Billetera Virtual**

Daviplata · dale! · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED · efácil · Reval · Supergiros · Sistecredito · Bancolombia · Su Red de Aliados de Colombia · MOVIRED · puntored · efecty

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

**Almacenes de Cadena**

JUMBO · Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.


## Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.

Escanea el código




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** **Vigencia: SEP/2025**

**G: $294,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes**

**GRUPO: 11 CIRCUITO: FR11-4649TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa**

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que presten los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 24/10/2025 00:38:22
FECHA EXPEDICIÓN: 24/10/2025 11:52:15

CUDE: 7d6cebf66838fc25420f34bc5e4a3ce5b23c18beae2749225298c3e3c6f2079e9a4c92a836aa260f8b643247b5adf465

133506

Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $155.992 | | $811.228 | | $967.220 | 05 NOV /2025 | 06 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0565071-5

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 21 NOV /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 82.798 | | 82.588 | | 210 | | 1 | | 210 | 210 | | $818,83 | | $171.955 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $305,19 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $818,8341 | X | | | Beneficio -15.00 % | | | | | -$15.967 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $5.200 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $155.988 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $4 |
| SUBTOTAL: | $4 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía — 1 TOTAL ENERGÍA: $155.992

### Otros cobros de productos y servicios

| | |
|---|---|
| Prestamo Personal Inst. | $475.480 |
| Tarjeta Credito Amarilla | $335.748 |

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS: $811.228

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %


Defensor del cliente **Enel.**

# Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

**¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!**

DEFENSOR DEL CLIENTE
defensor@enel.com denuncias@enel.com

**Conoce más escaneando este código**




NÚMERO DE CLIENTE
0565071-5

Documento Equivalente Electrónico No.
371364905-5

(415)7707209914253(8020)010565071537136490 55(3900)00000000967220

PAGO OPORTUNO
05 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$967.220

Alcaldía Local de Engativá

# FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
## PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

| HC Número de Historia clínica: 87 | MICROCHIP: SI Expiry-Date: 2030/09/02 Núr. 900255003234979 | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES | PROTECCIÓN | CALLE | ASENTAMIENTO | HABITANTE DE CALLE | COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | RIO | | | COLOR: Negro / Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA MESTIZO | EDAD 1A | PESO: 4.6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Paula Catalina Castellanos Arias | DIRECCION KR 69J #63 87 | TELEFONO 3206946892 | |
| CEDULA: 1.000.596.346 | CORREO ELECTRÓNICO: paulaccastle@gmail.com | | |
| BARRIO O VEREDA Bosque popular | ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa: N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa: N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R | |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa | |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 102 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
| OBSERVACIONES: — | | | | |

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,18 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 1000396346 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 10-SEP-2001
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.58 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
11-SEP-2019 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA
ÍNDICE DERECHO
P-1500150-01099153-F-1000596346-20190923 0067731075A 1 52107591



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.000.596.346
CASTELLANOS ARIAS
APELLIDOS
PAULA CATALINA
NOMBRES
FIRMA

enel | Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consulta ingresa tu número de cliente en: **0489163-3**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 370522054-0**

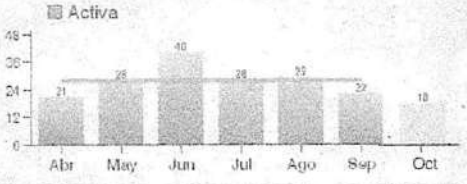
CLIENTE

**ANA YABE ARIAS ROBLES**
KR 69 J NO 63 87
ASIG 3719
BOGOTA, D.C. - BOSQUE POPULAR

13 508 7501 / 6002410

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $818,83

CONSUMO DIARIO: 0,55 kWh

VALOR DIARIO: $536

PERIODO FACTURADO: 13 SEP/2025 A 15 OCT/2025 | DIAS FACTURADOS: 33 | CONSUMO MES 18 kWh


**Realiza tus trámites de forma fácil y segura.**

Ingresa en la zona privada de enel.com.co y podrás:

Pagar seguro por PSE

Consultar facturas, consumos y más.

Solo necesitas registrarte, iniciar sesión y asociar tu cuenta con los dígitos del medidor después del guion.




## INFORMACION DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Comercial |
| ESTRATO: | 0 |
| CARGA kW: | 3,20 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005135087501 |
| RUTA LECTURA: | 35135170068 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00550536 |
| MEDIDOR NO: | 6002410 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018

## USO EFICIENTE DE LA ENERGÍA

Revisa tus cables regularmente. Mantenerlos en buen estado es una forma sencilla de asegurar un entorno confiable y libre de riesgos.

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicadores

Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion

316 890 8003 (Elena Bot o paso Asesor)

@EnelColombia @EnelClienteCO

Regístrate gratis

Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

| CANALES NORMALES DE CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140056 denuncias@enel.com |

OPINIÓN DEL CLIENTE

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿COMO PAGAR TU FACTURA?

Medios Virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cobro Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago PSE, Botón de Pago BancoBombia

Billetera Virtual: Nequi, dale!, MOVII, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efecty, Red, MOVIRED

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena

Código QR

Si realiza su pago en corresponsal bancario, pague el componente no gas primero. El valor del componente no gas es superior a $600.000 no realice pago en efectivo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025

G: $294,50 T: $51,65 D: $305,10 CV: $77,00 PR: $53,00 R: $30,50 CP: $0,00 / $818,83 Gasto kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BA23-06617111-- NIVEL DE TENSIÓN:4 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0647 de 25 de enero 2002 IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999

Solicite el contenido de la presente factura al Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de estos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comuníquese al (601) 5 115 115 fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG150111 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la Enel (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercio), de acuerdo con la autorización expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos encargos, por favor comunícate a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.


**Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.**

Escanea el código




Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesiten.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparte mi energía"
Aporte sugerido: $1.768

FECHA GENERACIÓN: 17/10/2025 00:17:47
FECHA EXPEDICIÓN: 17/10/2025 14:19:14


CUDE: 6a6e57cb4ae84338d8e82d0d2a7d07716dd9ad24902216e1484195c8f5c7510ebe2fbe9cdcdc488e7aad278e3097c1f



Factura impresa por Consejo Solidario de Comunicación SAS NIT 900.058.615-3 Proveedor Tecnológico Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 830.921.151-6

| Total Energía | | Portafolio Enel X | | | PAGO OPORTUNO |
|---|---|---|---|---|---|
| $17.690 | + | $0 | = | $17.690 | 28 OCT /2025 |
| | | | | | FECHA DE SUSPENSIÓN 30 OCT /2025 |

## ENERGÍA

Número de cuenta: 0489163-3 — 13 NOV /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CONCEPTO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | - | Lectura Anterior | = | Diferencia Consumo | x | Factor | = | Energía Facturada kWh | Energía Facturada kWh | x | Valor Unitario | = | Total Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA EP | 19.496 | - | 19.478 | = | 18 | x | 1 | = | 18 | 18 | x | $816,83 | = | $14.709 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | - | 0 | = | 0 | x | 0 | = | 0 | 0 | x | $305,19 | = | $0 |
| CONTRIBUCION | APORTE DEL 20,00 % DEL VALOR FACTURADO | | | | | | | | | | | | | $2.948 |

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $530 DIARIOS

SUBTOTAL: $17.687

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $3 |
| SUBTOTAL: | $3 |

1 TOTAL ENERGÍA $17.690

### Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enelx.com/co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y gas

2 TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.704

Notificamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $816,83

Defensor del cliente Enel.

# Estamos aquí para ayudarte.

Si previamente nos habías contactado para realizar una solicitud y esta no fue resuelta, contáctanos directamente por **defensor@enel.com** o **denuncias@enel.com**, o simplemente escanea nuestro QR para hacer una videollamada.

**¡Trabajaremos junto a ti para encontrar una solución!**

DEFENSOR DEL CLIENTE

defensor@enel.com denuncias@enel.com

Conoce más escaneando este código



NÚMERO DE CLIENTE
0489163-3

Documento Equivalente Electrónico No.
370522954-0

(415)7707209914253(8020)010489163337052295 40(3900)00000000017690

PAGO OPORTUNO
28 OCT /2025

TOTAL A PAGAR
$17.690

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 88 | MICROCHIP: 900255003234976 | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: OSIRIS | | | | COLOR: Negro | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1 A | PESO: 4.3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Jean Paol Zapata Cañaveda | DIRECCION Cll 75 # 110A 14 | | TELEFONO 3102948280 |
| CEDULA: 1.018.405.570 | CORREO ELECTRÓNICO: movalesgonzalezandrea@gmail.com | | |
| BARRIO O VEREDA Garcés Navas | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| N/R | Agosto/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Dic/2024 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 95 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: _____

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,1 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | _____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | _____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,17 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Jean Paul Zapata | 1018405570. |

**DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.018.405.570**

**ZAPATA CASTAÑEDA**
APELLIDOS

**JEAN PAUL**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-JUN-1986**
**BOGOTA D.C.**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.66** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**07-SEP-2004 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500102-47152047-M-1018405570-20070718 **02616**07199A 02 214651415

SOLICITA TU
**FACTURA EN LÍNEA**
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



**Escanea el código QR**, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
**FACTURA EN LÍNEA**
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil tenerla,

tan fácil y seguro que es pagarla.

## Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
**www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · Banco GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banca Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davipiata · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como **@grupovanti** y conoce nuestras iniciativas.

## Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

## Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: **164** ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 704827/062025 VANTI

Usuario recibe factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

# ¡Hola!

**MARCELA MARIA ORTIZ**
CL 75 110A 14 I02 00506 - GARCES NAVAS
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5077198-377153**

**Lote:** P08GN **Ruta:** 00116701750200089OO **Código del Sector:** 362

Cuenta o referencia de pago **60664590**

vanti Listo

Compra televisor, calentador o gas, paga a crédito más y paga a cuotas a través de tu factura de gas.

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES:




Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

vanti Listo



para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a 30 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: 13 de octubre – 15 viajes
2° sorteo: 11 de noviembre – 10 viajes

**Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural**

exito · VIVE DIGITAL · KTRONIX

Autoriza Coljuegos

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

**Atención telefónica**
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

**Línea gratuita 01 8000 942 794**
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

**Mi Vanti en línea**
https://mi.grupovanti.com/

362
00116701750200089OO
P08GN
90951
C1

# Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **60664590**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.067.813-9
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| Pago oportuno | Fecha de suspensión | Periodo facturado | Emisión de tu factura |
| 28 Oct. 2025 | 29 Oct. 2025 | Sep. - Oct. 2025 | 15 Oct. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 4MB | 2.747,85 | 0,00 | 10.991,40 |
| FIJO | 1UN | 4.171,00 | 0,00 | 4.171,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -2,40 | 0,00 | -2,40 |

1 — Total **$15.160,00**

## Tus financiaciones

| Tasa de interés/Concepto | Cuota N° | Capital A | Intereses B | Subtotal C=A |
|---|---|---|---|---|

2 — Total **$0,00**

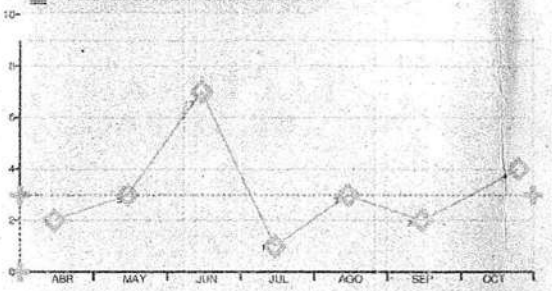
3 — Valor facturas vencidas **$0,00**

**Total a pagar** 1 + 2 + 3 **$15.160,0**

Paga por

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat.Tres — Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 09 Sep. 2025 | 2258 | REAL |
| 09 Oct. 2025 | 2263 | REAL |

m³ corregido = 2263 - 2258 * Factor de corrección = 4

## Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Noviembre

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 1516

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

(415)7709998026025(8020)60664590(3900)00000000015160

## Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria**

**31 May. 2028**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

### Componentes tarifarios

Gm: 1476.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pr: 70.38 Cvm: 0.0 Cufm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Com: 0.0 Fpcm: 42.55 DALR: 0.0 DAUNR: 0.0

1 m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 47 kWh y el precio unitario del kWh es: $322.604

### Factor de corrección

Vm: 5 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Pt: 0.77309
Vc: 4 Tm: 13.76 Tc: 15.56 Pc: 1.01008
Pb: 0.753 Pm: 0.023 F pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77309

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPB: 100.0




Somos grandes contribuyentes Resolución 000030 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4934 del 17 Jul. 1998 Autorización de Numeración de Facturación No. Formulario 18764013287257 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde Nº 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses.

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURP 2-11001000 6. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.067.813-9. - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Carvajal Tecnología y Servicios S.A.S. Nit. 860.512.151-0

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | |
|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 89 | MICROCHIP: 900255003231629 | FECHA: 21/11/25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Aslan | | | | COLOR: Amarillo | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 6 M | PESO: 3 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO ✓ | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO _X_ MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Yuli Carolina Guzman Millan | | DIRECCION Cl 78F #112F 3 | TELEFONO 3103017666 |
| CEDULA: 52.818.344 | | CORREO ELECTRÓNICO: yucaguzman@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Garcés Navas | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Tecnologo NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | |
|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Ago 8/2025 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR:<br>CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa<br>FELINOS: Sept 2025 TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 107 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,6 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,2 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,12 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Médico Veterinario<br>T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Julio Cruz | 52818344 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

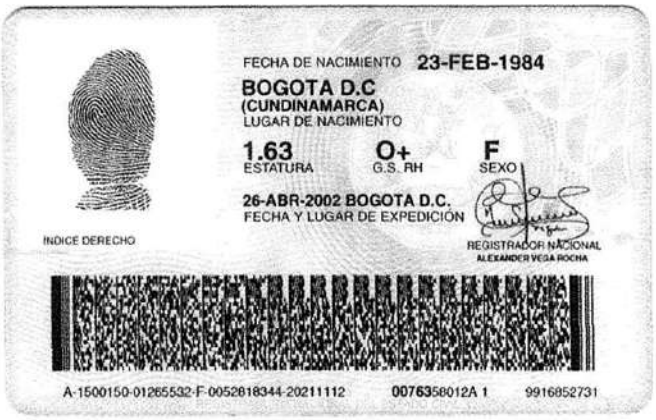

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.818.344

GUZMAN MILLAN
APELLIDOS

YULI CAROLINA
NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 23-FEB-1984

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.63
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

26-ABR-2002 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01265532-F-0052618344-20211112 0076358012A 1 9916852731

FACTURA·
EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU
FACTURA·
EN·LÍNEA·
Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil. Tenerla.

tan fácil y seguro que es pagarla.

## Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
**www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestras redes sociales como **@grupovanti** y conoce nuestras iniciativas.

## Puntos Presenciales

Corresponsales Banco BBVA
Corresponsales Scotiabank Colpatria
Corresponsales Grupo Aval

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 VANTI

/ cuando se requiera, en caso de que se impida el acceso al medidor o a la instalación interna y,de efectos de consumo. Como consumidor puedes presentar un ante la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios dentro de los (5) días hábiles siguientes al conocimiento del acta de suspensión. Sobre el contenido de la nismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno

# ¡Hola!

**MARINA CASTAQEDA**
CL 78F 112F 3 01 - GARCES NAVAS
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5157198-62139**

**Lote:** P08GN **Ruta:** 0011670080860005010 **Código del Sector:** 362

Cuenta o referencia de pago **60980665**

vanti

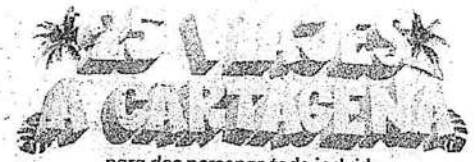
TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

362
0011670080860005010
P08GN




Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y **participa por uno de los**

vanti




para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

**Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000** en todas nuestras tiendas aliadas

Financia tu compra a 30 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 10 viajes**

**Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural**

éxito · AUTOMAX · FRONDA

Actividad promocional denominada "Crédito Lyra Mobiles Listos" organizado por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan de premios consiste en la entrega de 25 combos de viaje para dos personas a Cartagena, quienes deberán contar con el servicio de gas natural residencial y realicen compras de artículos en las categorías activas en establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, haciendo uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), a nivel nacional compras virtuales de electrodomésticos a través de la "Tienda Virtual Vanti" ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/tienda-virtual/productos y cuyo compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción, y que en ambos casos financien su compra a un plazo igual o mayor a treinta (30) días. El mismo deberán estar al día en el pago de sus facturas de gas natural (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre, y once (11) de noviembre de 2025. Garantía Ocasional otorgada por Vanti. Conocer los términos y condiciones de la actividad en https://www.grupovanti.com/vivir/listos/cartagena

Autoriza
Coljuegos

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

**Atención telefónica**
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

**Línea gratuita 01 8000 942 794**
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

**Mi Vanti en línea**
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

# Factura de gas

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago **60980665**

BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP.
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|
| Pago oportuno | Fecha de suspensión | Periodo facturado | Emisión de tu factura |
| 28 Oct. 2025 | 29 Oct. 2025 | Sep. - Oct. 2025 | 15 Oct. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 43M3 | 2.747,85 | 0,00 | 118.157,55 |
| FIJO | 1UN | 4.171,00 | 0,00 | 4.171,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 1,45 | 0,00 | 1,45 |
| Vanti Max Antiguo | 1UN | 11.294,12 | 2.145,88 | 13.440,00 |

DAVIVIENDA CAJERO No. 5 H.A. 51 25 OCT. 2025 4528 PROCESADO

(1) Total **$135.770,00**

## Tus financiaciones

| Tasa de interés/Concepto | Cuota N° | Capital A | Intereses B | Subtotal C=A |
|---|---|---|---|---|

(2) Total **$0,00**

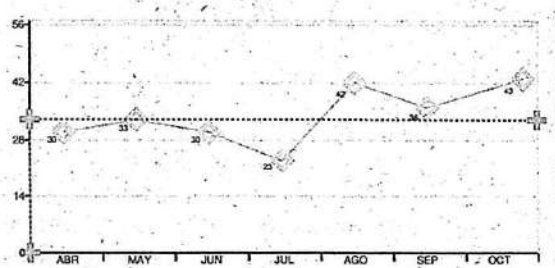
(3) Valor facturas vencidas **$0,00**

**Total a pagar (1 + 2 + 3) $135.770,0**

Paga por pse

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat. Tres | Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 09 Sep. 2025 | 6971 | REAL |
| 09 Oct. 2025 | 7026 | REAL |

m³ corregido= 7026 - 6971 * Factor de corrección = 43

**Tu próxima lectura será** Entre 08 y el 13 de Noviembre

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 13577

## Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria**

**31 Oct. 2026**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

### Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pc: 70.38 Cvm: 0.0 Cufm: 4171.0 Cuvm: 2747.85
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 508 kWh y el precio unitario del kWh es: $240.804

### Factor de corrección

Vm: 55 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Ft: 0.77308
Vc: 43 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Po: 0.753 Pm: 0.023 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPil: 100.0




77590 C1

Factura No. F15B666433390


376613681101d1092229000caba862e07239aae5bc79b92cbb46

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | |
|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 90 | MICROCHIP: 900255003234974 | FECHA: 21/11/25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Lucas | | | | COLOR: Negro | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 6 M | PESO: 3.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: María Camila Linares Mora | | DIRECCION Tv 113F #64A 12 | TELEFONO 3232534060 |
| CEDULA: 1.072.646.715 | | CORREO ELECTRÓNICO: movacamila_linares@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Garces Navas | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | |
|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa NR | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NR | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X<br>CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa<br>FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 101 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: 3. |

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,25 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,1 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Medico Veterinario<br>T.P. 42698 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Cynthia Juarez | 1077646715 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANIA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.072.646.715



Apellidos
LINARES MORA

Nombres
MARIA CAMILA

Nacionalidad
COL .

Estatura
1.50

Sexo
F

Fecha de nacimiento
20 FEB 2006

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
CHIA (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
23 FEB 2024, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
10 MAR 2034

.CO

041531765

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL041531765015001<<<<<<<<<<
0602208F3403107COL1072646715<4
LINARES<MORA<<MARIA<CAMILA<<<<

.CO

041531765

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

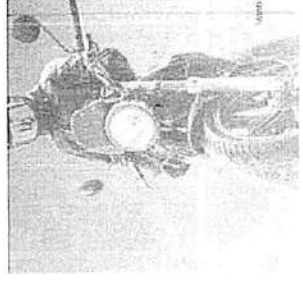
ICCOL041531765015001<<<<<<<<<<
0602208F3403107COL1072646715<4
LINARES<MORA<<MARIA<CAMILA<<<<

Conoce más aquí

¡Protegemos con los planes, coberturas y asistencias para que te muevas con tranquilidad en tu motocicleta.

Planes desde: $17.800 mensuales

Financia tu moto con Vanti Listo y paga a cuotas a través de la factura del gas.






Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil, tan ella.

tan fácil y seguro que es pagarla

ina web
en-línea/

Pagos electrónicos en otros entidades

Redeban · Itaú · Bancolombia · BBVA · Bancolombia

Bancolombia

Banco Pichincha · Nequi · dale

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

nuestro redes sociales como @grupovanti y conoce nuestros iniciativas.

Corresponsales Banco Davivienda
Red CADE
Banco GNB Sudameris

Grandes Superficies:
Metro, Jumbo, Éxito

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.813-8 70-8/2708/2025 VANTI

ei de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

ética

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas
Fijo - Móvil: 164 ó 01 8000 919 052
01 8000 181 164

Atención presencial
Ingresa a www.grupovanti.com
y conoce los pasos para agendar tu cita.

# ¡Hola!

OLGA LUCIA MATEUS
TV 113F 64A 12 I07 00202 - ENGATIVA
BOGOTA

vanti
Más formas de avanzar
Vanti S.A. ESP.
Medidor Gas No. 5007115-3058384

Lote: P12GN Ruta: 0011760132852005100 Código del Sector: 412

Cuenta o referencia de pago 62314799

vanti

Compra
Disfruta tu compra de contado
Financia tu compra a 36 meses
Paga a cuotas a través de tu factura de gas

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: $ 4.800.000

412
0011760132852005100
P12GN
98377
C1

vanti

Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliadas y participa por uno de los







para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?

Realiza compras iguales o superiores a $3.000.000 en todas nuestros tiendas aliadas

Financia tu compra a 36 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: 13 de octubre - 15 viajes
2° sorteo: 11 de noviembre - 10 viajes

Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural

Aplica términos y condiciones

Colsubsidio

Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

Atención telefónica
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

Línea gratuita 01 8000 942 794
Bogotá (601) 307 3171
Bucaramanga (607) 685 4755

Atención virtual
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

Línea de WhatsApp 315 416 4164

Mi Vanti en línea
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

Octubre 2025

Cuenta o referencia de pago 62314799

## Fechas importantes

1 — 2 — 3 — 4

| 1 Pago oportuno | 2 Fecha de suspensión | 3 Periodo facturado | 4 Emisión de tu factura |
|---|---|---|---|
| 06 Nov. 2025 | 07 Nov. 2025 | Sep. - Oct. 2025 | 21 Oct. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONS. CON SUBSIDIO | 17M3 | 3.095,72 | 0,00 | 52.627,24 |
| MENOS SUBSIDIO (37%) | 1UN | -19.472,08 | 0,00 | -19.472,08 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 4,84 | 0,00 | 4,84 |
| Revision periodica obligatoria res | 1UN | 92.000,00 | 0,00 | 92.000,00 |

1 – Total $125.160,00

## Tus financiaciones

| Tasa de interés/Concepto | Cuota N° | Capital A | Intereses B | Subtotal C=A |
|---|---|---|---|---|

2 – Total $0,00

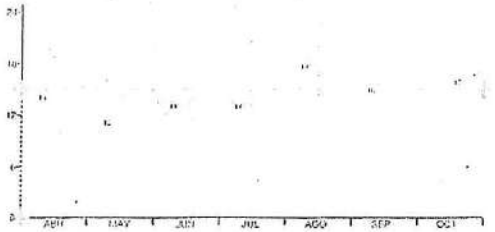
3 – Valor facturas vencidas $0,00

Total a pagar 1 + 2 + 3 $125.160,0

Paga por

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial | Estrato/Cat.Dos | Días de consumo 32

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 15 Sep. 2025 | 2658 | REAL |
| 16 Oct. 2025 | 2680 | REAL |

m³ consumidos 2680 - 2658 * Factor de corrección = 17

Tu próxima lectura será Entre 12 y el 17 de Noviembre

## Novedades de tu factura

CuVe $ 2747,65

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

## Revisión Periódica Obligatoria

Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria

**30 Sep. 2030**

Tu revisión de la vigilancia anterior es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la normatividad vigente. *Resoluciones: 059 de 2017 y 41 285 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ que este mes es de $2748.

Jul. $2710 Ago. $2804 Sep. $2719

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG)

### Componentes tarifarios

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gm | 1478.84 | Tm | 583.64 | Dm | 614.99 | Cm | 0.0 |
| Pb | 70.36 | Cvm | 0.0 | Cuinc | 0.0 | Cuvm | 0.0 |
| Com | 0.0 | Fpcm | 42.55 | DAUAr | 0.0 | DAUMn | 0.0 |

Ufal: Es consumo en m³ de gas equivale 201 kWh y el precio unitario del kWh es $ 161 951

### Factor de corrección

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vm | 22 | Ev | 0.76826 | Pb | 1.00627 | Pc | 0.77388 |
| Vb | 17 | Tm | 13.76 | Tb | 15.55 | Pz | 1.01000 |
| Pb | 0.793 | Pm | 0.023 | Fpcv | 1.0 | | |

Factor de corrección: 0.77388

### Indicadores de calidad

IRST 100.0 ODS 0.0 ID 100.0 IFN 100.0






(415)7709998026025(8020)62314799(3900)00000000125160

98377 C1

Factura No. F15867273954

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 91 | MICROCHIP: SI 900255003231112 Número de microchip | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Killa | | | COLOR: Blanco / Pardo |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA MESTIZO | EDAD 4 M. | PESO: 2.7 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ____ MIXTO X OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X_REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Sebastian David Bonilla Duarte | DIRECCION KR 116B #77 27 | TELEFONO 3043753933 |
|---|---|---|
| CEDULA: 1.032.940.184 | CORREO ELECTRÓNICO: Sebastiandavid bonilla @ gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Gran Granada / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachillera / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO_X_RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| NR | Agosto/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa Sept/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa Oct/25 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ___X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 105 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,2 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | — ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | — ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,19 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,1 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. T.P. 9743 Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 1032 940 184 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA



NUIP 1.032.940.184

Apellidos
BONILLA DUARTE

Nombres
SEBASTIAN DAVID

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 ENE 2007

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
08 ENE 2025, BOGOTA D.C.

Firma

Fecha de expiración
08 ENE 2035

.CO

071615206

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL071615206215001<<<<<<<<<<<
0701075M3501081COL1032940184<7
BONILLA<DUARTE<<SEBASTIAN<DAVI

71579

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **3123891-5**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372663176-0

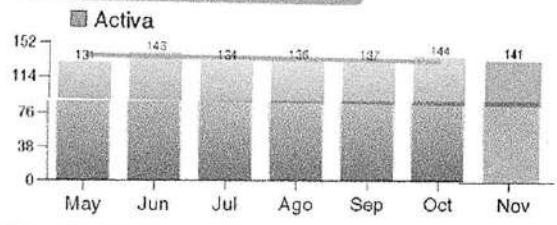
## CLIENTE

**LAUREANO ALBERTO BONILLA FORERO**
KR 116 B NO 77 27 BQ 2 AP 202
RINCON DE GRANADA 3 BQ 2 AP
BOGOTA, D.C. - GRAN GRANADA

04 531 7665 / 2918420

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO $818,83

CONSUMO kWh PROMEDIO 4,78 kWh

VALOR DIARIO: $3.316

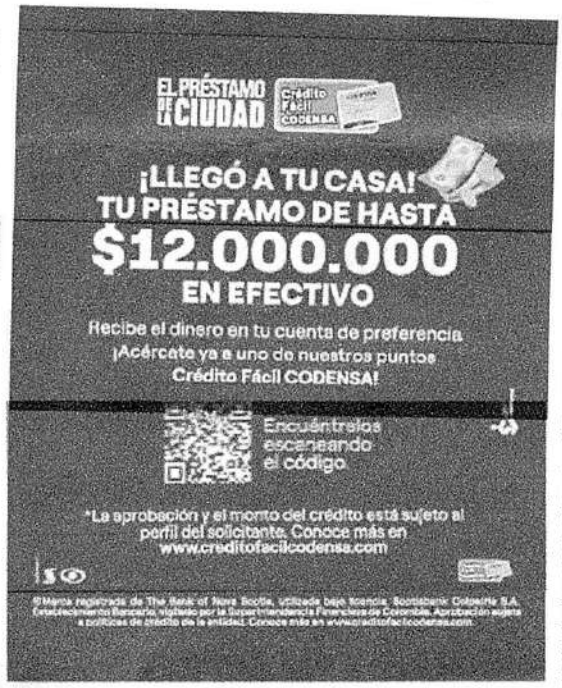
PERÍODO FACTURADO: 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

CONSUMO MES 141 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 138 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!



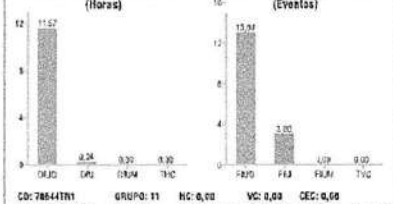
## INFORMACION DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 6,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005045317665 |
| RUTA LECTURA: | 35045021867 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS005654V9 |
| MEDIDOR NO: | 2918420 |
| SUBCLASE: | Básica |

## USO SEGURO DE ENERGÍA.

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 78644TR1 GRUPO: 11 NC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/09 DI: 258,44 CF: 137,00000 NC: 0,00 NF: 1,00 %E 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 016 de 2018*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140065 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago**

APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual**

dale! · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios**

CONRED · efácil · Reval · Supergiros · Bancolombia · Su Red Amiga · Su Red Amiga Express · MOVIRED · puntored · efecty

**Red Distrital**

RED CADE

**Centros de Servicio**

enel Únicamente Cielo, Gibraltar y Parque Nacional

**Almacenes de Cadena**

Jumbo · Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del catálogo. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.






**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,66 D: $365,19 CV: $77,00 PR: $59,80 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: PR15-78644TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Regimen Comun. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1996.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunicate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9051 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modifico el Codigo de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:15:12
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 15:57:10

CUDE: 6d1c7fe0ac7d2df743e405be849182cacf0a9faff56b4c8dcadb997bb570d0ac92c5a9f4afe5a259a3154e472445c1b4

Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 901.151-0

Factura Impresa por Consejo Solutiones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8.

9.221 - Página 1 de 2

71579

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 92 | MICROCHIP: 900255003231116 | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: TOM | | | | COLOR: Amarillo Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 7 meses | PESO: 4 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Esteban Pulido Avendaño | DIRECCION KR 112 BIS # 81-51 | TELEFONO 3137687905 |
| CEDULA: 19.309.751 | CORREO ELECTRÓNICO: luisestebanpulidoovendano@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| NR | NR | **CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | **FELINOS:** TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ___X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. /II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 2/5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 95 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.6 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,16 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 1930751 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.309.751
PULIDO AVENDAÑO
APELLIDOS
LUIS ESTEBAN
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-SEP-1956
SUPATA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

13-ENE-1977 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00110903-M-0019309751-20081024 0004796730A 1 1420017205

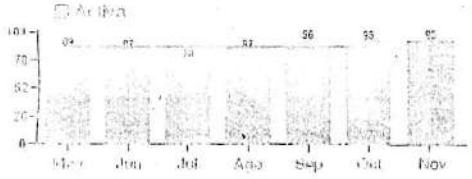
Bogotá

1090313-9

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372979680-4

COLSUBSIDIO .
CR 112 BIS NO 91 51 IN 9 AP 102
INT 9 APT 102
BOGOTA, D.C. - CIUDADELA COLSUBSIDIO

06 703 2011 / 16120588




VALOR kWh APLICADO: $820,96

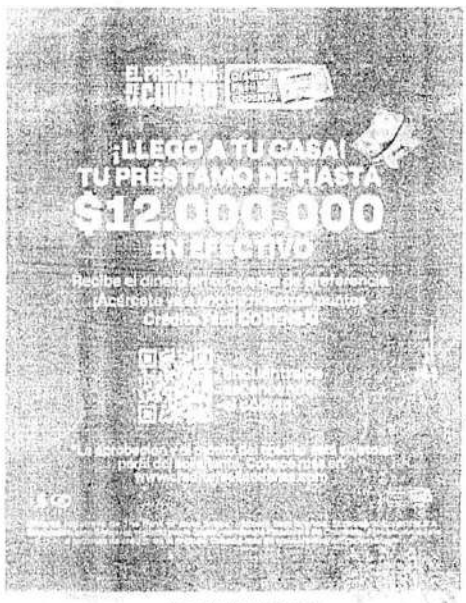
CONSUMO DIARIO: 2,97 kWh

VALOR DIARIO: $2.072

PERÍODO FACTURADO: DE OCT/2025 A 04 NOV/2025

DÍAS FACTURADOS: 32

CONSUMO MES: 95 kWh




## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA KW: | 3.00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 260070S703231 - |
| RUTA LECTURA: | 2705070703231 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00383406 |
| MEDIDOR NO: | 16120588 |
| SUBCLASE: | Básica |

Provisión Tecnológica, Canalgá Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFacturación - NIT 900.321.151-0

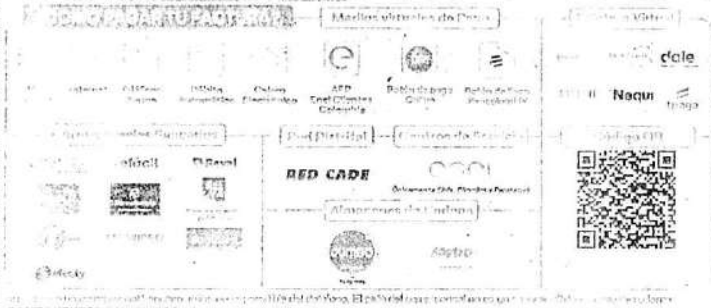
Bogotá, Soacha y Cundinamarca 601 5 115 115

115 Opción 2 las 24 horas

CSL 5140055 contact.us@enel.com

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: OCT/2023

G: $290,40 T: $32,93 D: $307,33 CV: $70,99 PR: $20,35 R: $26,96 GC: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

FECHA GENERACIÓN: 05/11/2025 01:21:26
FECHA EXPEDICIÓN: 05/11/2025 21:25:17

Factura Electrónica de Venta con Subsidios No. VT-NCO-2161312-6

| Total Factura | + | Portafolio Enel X | = | Total | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $66.290 | | $0 | | $66.290 | 19 NOV /2025 | 21 NOV/2025 |

**ENERGÍA** | 1090313-9 | 04 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 43.081 | - | 42.986 | = | 95 | x 1 | = | 95 | x 95 | = $903,86 | $77.991 |
| ENERGIA REACTIVA | 0 | - | 0 | = | 0 | x 0 | = | 0 | x 0 | = $307,98 | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 133,86 kWh X | | Valor kWh $520,9609 | | X | Beneficio -15,00 % | | | | | -$11.689 |

**ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.072 DIARIOS** — **SUBTOTAL: $66.292**

**Otros cobros asociados al inmueble**

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $-2 |
| **SUBTOTAL:** | **$-2** |

**Otros cobros de productos y servicios**

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP de Soporte Online en la página web o electrónicamente a FACTURA VIRTUAL desde esta factura en la sección Financiar.

1 TOTAL FACTURA $66.290

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 TOTAL OTROS $0

1 Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$102.363**

Adicionalmente, con de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil COOENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, estas entrarán en mora, esto lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 - 130 kWh/mes) es de -15,00%

## Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

**NÚMERO DE CLIENTE**
**1090313-9**

ocumento Equivalente Electrónico No.
372979680-4

(415)7707209914253(8020)0110903139372979680 4(3900)00000000066290

**PAGO OPORTUNO**
**19 NOV /2025**

**TOTAL A PAGAR**
**$66.290**

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 93 | MICROCHIP: SI / Nú: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231632 | | FECHA: 21/11/25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Romeo | | | | COLOR: Gris/Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 9M | PESO: 4.5 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Adriana Aponte Lancheros | | DIRECCION KR 116B 72F 67 | TELEFONO 3132827470 |
| CEDULA: 1.054.708.517 | | CORREO ELECTRÓNICO: luza1615@hotmail.com. | |
| BARRIO O VEREDA Villas de Granada | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa Junio/25 | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: | |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa | RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa | RABIA: dd/mm/Agosto/20 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ____X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: | 103 | l/m | F. RESPIRATORIA: | 29 | r/m | TEMPERATURA: | 38.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,5 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | — ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | — ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,7 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,32 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,18 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Adriana Aponte L. | 1054708817 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.054.708.517**

**APONTE LANCHEROS**
APELLIDOS

**LUZ ADRIANA**
NOMBRES

L Adriana Aponte L.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **16-MAR-1989**
**NUEVO COLON**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**20-MAR-2007 NUEVO COLON**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-0716900-33160775-F-1054708517-20070628 **00752**07179B 01 225540442

**aseo**

Período facturado Aseo
JUL/23/2025 - SEP/18/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio
12099736

**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos
17821982513

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-8

**Datos del usuario**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de productor | RESIDENCIAL | | | Estrato | 3 |
| Und. Res. Ocupada: | 1 | Und. No Res. Ocupada: | 0 | Densidad | 0,070 |
| Und. Res. Desocupada: | 000 | Und. No Res. Desocupada: | 000 | Volumen | 0,14 |
| Frecuencia Barrido: | 03 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0,000% |

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT | Costo variable no aprovechables | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 34.179,59 | 5.232,98 | 154.680,98 |

**G Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Cargo varlab multi res | $57.302 | Ajuste a la decena -debito- | $3 |
| Subsidio | $8.595- | | |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $48.710 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total ingresos del periodo | $48.710 |
| Informativo - deuda total | | Ingreso que Aseo reporta a la SUI en el periodo actual | |

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Rechazo del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0,0025 | 0,0013 | 0,0000 |
| **Efectivamente aprovechables** | **Residuos no aprovechables \| Aforadas - no aforadas** | |
| 0,0603 | 0,0100 | |

**Histórico de vigencias cobradas**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
| $54.185 | $46.047 | $52.773 | 58 |

La tarifa incluye subsidio o aporte




Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22272B

BIMESTRAL

**12099736**
**Cuenta contrato**
Núm. de Identificación de este predio

**17821982513**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado JUN/28/2025 - AGO/26/2025

Pago oportuno SEP/26/2025

Suspensión OCT/01/2025

| Fecha esperada proxima factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura |
|---|---|---|
| NOV/20/2025 | SEP/13/2025 05:04:21 | SEP/13/2025 09:10:44 |

## ¡Hola!

Factura a nombre de
MONTECARLO II CUSEZAR SA

Dirección del predio
KR 116B 72F 67 TO 10 PI 4 AP 404

Barrio: VILLAS DE Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**
**Clase de uso:** Residencial
**Estrato:** 3
**Unidades Habitacionales:** 1
**Unidades No Habitacionales:** 0

**Datos de tu medidor**
**Marca** WATERTECH ITALIA **Tipo** VELO015T2
**Serie** 14-3626062 **Diámetro pulgadas** ½

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos **116** Acueducto **110** Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Nit: 890.930.534-0

13644

56681

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 94 | MICROCHIP: 900255003231104 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Zack | | | | COLOR: Amarillo Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 6 M | PESO: 2.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO__X____COMPRADO_____ADOPTADO ____ _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Luis Eduardo Gomez Hurtado | DIRECCION Cl 72F #113-21 | | TELEFONO 3027410586 |
| CEDULA: 79716899 | CORREO ELECTRÓNICO: gomezeduardoluis@hotmail.com | | |
| BARRIO O VEREDA Villas de Granada 1 | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Profesional NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| N/A | 31 Nov 25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ___X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 95 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: ——

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0.3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.4 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0.21 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0.11 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Yonbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 79716879 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.716.899**

**GOMEZ HURTADO**

APELLIDOS

**LUIS EDUARDO**

NOMBRES

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 15-ENE-1976

**BOGOTA D.C**

**BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.74** | **O+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**07-FEB-1994 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00201670-M-0079716899-20091204 **00186**27164A 1 1940105163

Escaneado con CamScanner

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir tu factura Vanti en tu correo.

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil de entender,

tan fácil y seguro que es pagarla.

## Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web **www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Credibanco · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Bancolombia · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Davivienda Davivienda Plata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como @grupovanti y conoce nuestras iniciativas.

## Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de Vanti S.A. ESP.

## Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052**
**01 8000 181 164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com** y conoce los pasos para agendar tu cita.

CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-0 7048/27082025 VANTI

Para cualquier reclamación presente factura el cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.

# ¡Hola!

vanti

**CONSTRUCTORA CUSEZAR SA**
CL 72F 113 21 E04 T01 00101 - VILLAS DE GRANADA I
BOGOTA

*Más formas de avanzar*

Vanti S.A. ESP.
**Medidor Gas No. 5007113-896103**

**Lote:** P03GN **Ruta:** 0011670540300005000 **Código del Sector:** 361

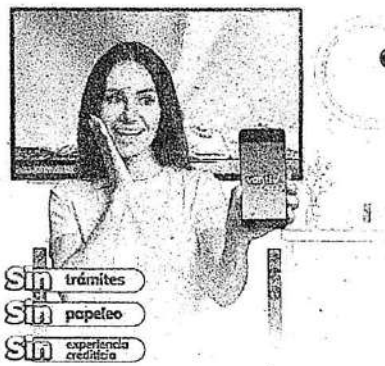
Cuenta o referencia de pago **62260206**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

361 0011670540300005000 P03GN 86340 C1

vanti



Sin trámites
Sin papeleo
Sin experiencia crediticia

**Compra con tu cupo de crédito lo que quieras.**

Cupo hasta de
$8.000.000
en tecnología, electrodomésticos, remodelación y hogar.

Extracupo hasta de
$2.000.000
exclusivo para motos.

**Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural**

éxito · Alkosto · KT&GONIX · Homecenter Sodimac

Publicidad a cargo de Vanti S.A. ESP. Gas Natural Cundiboyacense S.A. ESP, Gas Natural del Oriente S.A. ESP y Gasnacer S.A. ESP. Vanti Listo es la marca que identifica el servicio de financiación no bancaria ofrecido por el Grupo Vanti. Aplica condiciones de tu política de financiación, consúltala en grupovanti.com/vantilista.

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

**Atención telefónica**
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

**Línea gratuita 01 8000 942 794**
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

**Mi Vanti en línea**
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023

# Factura de gas

Noviembre 2025

Cuenta o referencia de pago **62260206**

BOGOTA

NIT. 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

1 — Pago oportuno: **21 Nov. 2025**

2 — Fecha de suspensión: **22 Nov. 2025**

3 — Periodo facturado: **Oct. - Nov. 2025**

4 — Emisión de tu factura: **07 Nov. 2025**

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 12M3 | 2.741,69 | 0,00 | 32.900,28 |
| FIJO | 1UN | 4.180,00 | 0,00 | 4.180,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | 0,28 | 0,00 | 0,28 |

(1) — Total **$37.080,00**

## Tus financiaciones

| Tasa de interés/Concepto | Cuota N° | Capital A | Intereses B | Subtotal C=A |
|---|---|---|---|---|

(2) — Total **$0,00**

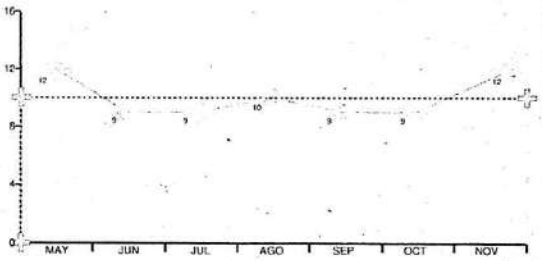
(3) — Valor facturas vencidas: **$0,00**

**Total a pagar (1 + 2 + 3): $37.080,0**

Paga por

Escaneo el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial — Estrato/Cat. Tres — Días de consumo 34

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 03 Oct. 2025 | 3183 | REAL |
| 05 Nov. 2025 | 3199 | REAL |

m³ corregido= 3199 - 3183 * Factor de corrección = 12

## Tu próxima lectura será

Entre 01 y el 06 de Diciembre

## Novedades de tu factura

Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000

## Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria**

**30 Abr. 2029**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

Agenda ya tu RPO aquí

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2742.

Ago. $2804 Sep. $2719 Oct. $2748

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

### Componentes tarifarios

Gm: 1438.91 Trm: 632.88 Dm: 599.2 Cm: 2741.69
.p: 70.7 Cvm: 0.0 Cufm: 4180.0 Cuvm: 2741.69
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.512 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mj/m³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 142 kWh y el precio unitario del kWh es: $261.129

### Factor de corrección

Vm: 16 Kp: 0.76935 Kt: 1.00631 Ft: 0.7742
Vc: 12 Tm: 13.75 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.0241 F² pv: 1.0

Factor de corrección: 0.7742

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPIL: 100.0




(415)7709998026025(8020)62260206(3900)00000000037080

Somos grandes contribuyentes Resolución 000200 Diciembre 27 2024 Retenedor de IVA. Autorretenedores Resolución No. 4959 del 1° Jul. 1998 Autorización de Numeración de Facturación Vo. Formulario 18764091287057 del 31/03/2025 Facturación electrónica desde N° 500000001 hasta 1000000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NURI 2-11001600-8. VANTI S.A. ESP. NIT. 800.007.813-5 Revisor Fiscal Deloitte & Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art.130 de la ley 142 de 1994

Consejal Tecnología y Servicios S.A.S. BIC NIL 890.321.151-9

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 95 | MICROCHIP: SI / Núm: 900255003231114 | FECHA: 21-11-2025 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: | MIO | | | COLOR: | Pardo |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: Mestizo | EDAD: 2A | PESO: 4.3KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Maria del Pilar Ruiz Rojas | | DIRECCION: Cl 87A 95H 24 | TELEFONO: 3125503738 |
| CEDULA: 51975129 | | CORREO ELECTRÓNICO: 3125503738@sincorreo.com | |
| BARRIO O VEREDA: Ciudad Bachue | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Primaria NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R |
|---|---|---|
| F/A | Junio/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ___X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. /II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 99 l/m | 29 r/m | 38.3 °c | 2 seg | Rosa |

OBSERVACIONES: ———

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ___/___ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ___/___ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,17 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| MBerPilar Ruiz R. | 51975129 Bta |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.975.129**

**RUIZ ROJAS**

APELLIDOS

**MARIA DEL PILAR**

NOMBRES

Mde l Pilpilar RuizR

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-NOV-1969**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.55 | A+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-JUN-1988 BOGOTA D.C**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00282911-F-0051975129-20110302 0025991282A 1 1281163333






- El hurto o faltante de medidores, tapas y tapas o rejillas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Inundación de cajas, tapas, rejillas, medidores, etc. anegadas.

| Costo Fijo Total CFT: | Costo variable no aprovechables | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 36.319,73 | 16.826,56 | 154.680,98 |

**Componentes de tarifas**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de producto: | RESIDENCIAL | | | Estrato | 2 |
| Und. Res. Ocupada: | 1 | Und. No Res. Ocupada: | 0 | Densidad | 0.000 |
| Und. Res. Desocupada: | 000 | Und. No Res. Desocupada: | 000 | Volumen | 0.00 |
| Frecuencia Barrido: | 03 | Frecuencia Recolección: | 06 | %Participación | 0.000% |

**Datos del usuario**

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención

**Cuenta contrato** 10432542
Núm. de identificación de este predio

**Número para pagos** 17828158919
Número de esta factura de servicios públicos

Período facturado SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

aseo

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Retiro del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0025 | 0.0013 | 0.0000 |

| Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables \| Atendidos - no atendidos |
|---|---|
| 0.0635 | 0.0380 |

**Histórico de vigencias cobradas**

| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
|---|---|---|---|
| $45.342 | $44.440 | $42.393 | 61 |

**G Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $73.002 | Interés mora | $2 |
| Subsidio | $29.201- | Ajuste a la decena -crédito- | $3- |

| Subsidio (-) | 40% | Valor Aseo | $43.800 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total Ingresos del periodo | $43.800 |
| Informativo - deuda total | | Ingreso que Aseo Utiliza para la PTAR en el periodo facturado | |

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22236 BIMESTRAL

**10432542**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**17828158919**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| ENE/19/2026 | NOV/06/2025 06:54:33 | NOV/06/2025 12:32:44 |

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

¡Hola!
Factura a nombre de
GUILLERMO RUIZ N

Dirección del predio
CL 87A 95H 24 IN 104

Barrio: CIUDAD Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 2
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 09-9158788 Diámetro pulgadas ½

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

# Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 12 m³




| FEB-ABR | ABR-JUN | JUL-AGO | ÚLTIMO CONSUMO |
|---|---|---|---|
| $78.381 | $57.437 | $75.478 | |

En este periodo consumiste más agua que en el anterior

Te explicamos **tu consumo** en botellas de 1 litro

| En este período | Promedio al día |
|---|---|
| 14.000 | 237 |

### Datos de la lectura de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lectura este periodo | 3722 | Facturado con | Consumo Normal |
| Lectura anterior | 3708 | Base promedio | |
| Tu consumo este periodo | 14 | Descargue fuente alterna | 0 |
| | | Consumo totalizadora | |

### Datos de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca | WATERTECH ITALIA | Tipo | VELO015T2 |
| Serie | 09-9158788 | Diámetro pulgadas | ½ |

## Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

# Tu cobro en este período

| Acueducto | + | Alcantarillado | + | Otros cobros | + | Aseo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $43.027,74 | | $39.116,76 | | $26.845- | | $43.800 |
| A | | B | | C D E F | | G |

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo — Consulta el detalle aquí

Escanea y paga virtual

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

Total ingresos del período
Ingresos que la EAAB-ESP recibirá o ha recibido en el período actual

= **Total a pagar** $99.099

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): e4d5fc5e09e63d1259166bfb314b7cb1685cc79639e9e0618f43039c0f16eda3fd532bc8b058ad126ebbb9e229c36d0c

## Detalle de tu consumo este bimestre

### A Acueducto

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (m³) | 2,00 | $9.741,40 | -40 | $7.793- | $5.844,84 | $11.689,80 |
| Consumo residencial básico (m³) | 14,00 | $3.730,71 | -40 | $20.892- | $2.238,42 | $31.337,94 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | |
| Subtotal | | | | $28.685- | | $43.027,74 |

### B Alcantarillado

| | Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $4.630,28 | -40 | $3.704- | $2.778,17 | $5.556,34 |
| Consumo residencial básico (m³) | 14,00 | $3.995,30 | -40 | $22.374- | $2.397,18 | $33.560,20 |
| Subtotal | | | | $26.078- | | $39.116,76 |

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

### Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

| | Tasa Uso (Acueducto) | Tasa Retributiva (Alcantarillado) |
|---|---|---|
| Tarifa consumo básico ($/m³) | $17,67 | $62,00 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m³) | $0,00 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $247 | $868 |

El Mínimo Vital es un beneficio donde la Empresa de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024).

### C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| I-ajuste a la decena | $4- |
| D-ben. min. vital total | $26.861- |
| I-intereses de mora | $20 |
| Subtotal | 26.845- |

### D Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

### E Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| Subtotal | | | | | |

### F Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

Pagos por la página web, app y billeteras

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Red CADE: Consulta direcciones, horarios y canales de atención en www.bogota.gov.co/red-cade

La EAAB-ESP solo tiene convenios con las siguientes bancas: Popular, Occidente, Santander, Colpatria, Caja Social, BBVA, Corficolombiana, AV Villas, Bogotá, Bancolombia

**Aseo**
Valor a pagar
$43.800

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489986(8020)176281589196(3900)[0000043800

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$55.299

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)176281589196(3900)[0000055299

15200

VIGILADO POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1800 365 10 EAB ESP

Alcaldía Local de Engativá

# FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
## PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

| HC Número de Historia clínica: 96 | MICROCHIP: 900255003231108 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Negro | | | | COLOR: Negro | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1 A | PESO: 4.6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO X CONCENTRADO ____ MIXTO OTRO _____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Sofia Gutierrez Fonseca | DIRECCION Kr 111C #69D-30 | TELEFONO 3708791563 |
| CEDULA: 1014978382 | CORREO ELECTRÓNICO: saragutierrez11@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| N/A | Julio 12025 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 11/09/25 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3/5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 105 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.2 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,18 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Médico Veterinario<br>T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** **o RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Sara Gutierrez | 1014978382 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.978.382



Apellidos
GUTIERREZ FONSECA

Nombres
SARA SOFIA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.62 | F |

Fecha de nacimiento
25 MAR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 MAR 2023, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
29 MAR 2033

Firma
Sara Gutierrez

.CO

017115526

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL017115526215001<<<<<<<<<<
0503257F3303296COL1014978382<8
GUTIERREZ<FONSECA<<SARA<SOFIA<

Pago x Nequi

63421

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2426985-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372629728-0**

**CLIENTE**

**CONSTRUCTOR MARVAL SA**
KR 111 C NO 69 D 30 AP CA 104
UB VILLA ALAMOS MZ 2
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 7956 / 939377

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
**$12.000.000**
EN EFECTIVO

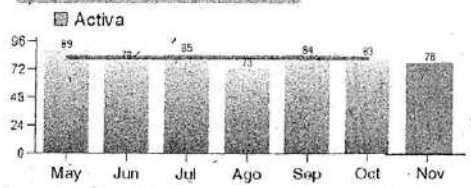
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado para la superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.


**COMPORTAMIENTO CONSUMO**




**VALOR kWh APLICADO** $760,57

**CONSUMO DIARIO:** 2,60 kWh

**VALOR DIARIO:** $1.187

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 82 kWh

**PERÍODO FACTURADO:** 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025 | **DÍAS FACTURADOS:** 30 | **CONSUMO MES** 78 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

**INFORMACIÓN DE LA CUENTA**

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005045067956 |
| RUTA LECTURA: | 35045111427 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS20610104 |
| MEDIDOR NO: | 939377 |
| SUBCLASE: | Básica |

**USO SEGURO DE ENERGÍA.**
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

**CALIDAD DEL SERVICIO**




PERIODO: 2025-09 | DI: 266.09 | DI: 84.000000 | MG: 0.00 | MG: 0.00 | MP: 1.00 | %I: 0.20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

**CONTÁCTANOS**

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

**¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?**

Medios virtuales de Pago: APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale!, MOVII, Nequi, tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, Te Reval, MOVIRED, efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel (Únicamente Chile, Girardot y Fusagasugá)

Almacenes de Cadena: Surtimax, Metro

Código QR

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del recibido. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de un fraude.


Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código


**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,06 D: $246,93 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $760,57 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL39-4S(NOTR1) - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Cliente
ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por ms. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

*Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:13:06
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 16:23:10

CUDE: 19488730e8e743cfbxf76dcb28b745a329f86a4d030ac3055b7c37ba7a01b713cfa1429f5880eaef7635d97b214c829585d


Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENfinanciero - NIT 890.321.151-0

4.265 - Página 1 de 2

Factura Impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 830.056.812-8.

No. Cuenta 2426985-4 63421

1 Total Energía $35.620

+ [illegible] 2 Portafolio Enel X $0 =

3 Total a Pagar $35.620

PAGO OPORTUNO
18 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN
20 NOV/2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2426985-4

PRÓXIMA FECHA DE FACTURA: 01 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de Lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 16.031 | | 15.953 | | 78 | | 1 | | 78 | 78 | | $760,57 | | $59.324 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $246,93 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh | | | | Valor kWh $760,5687 | | X | | Beneficio -39,96 % | | | | | -$23.705 |

**ESTE MES LA ENERGÍA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.187 DIARIOS**

**SUBTOTAL: $35.619**

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $1 |
| **SUBTOTAL:** | **$1** |

Contributivos + Otros cobros asociados a energía — 1 **TOTAL ENERGÍA: $35.620**

### Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, la Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo — 2 **TOTAL OTROS: $0**

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39,96 %


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003** y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




**NÚMERO DE CLIENTE**
2426985-4

Documento Equivalente Electrónico No.
372629728-0

(415)7707209914253(8020)012426985437262972 80(3900)00000000035620

**PAGO OPORTUNO**
18 NOV /2025

**TOTAL A PAGAR**
$35.620

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 97 | MICROCHIP: 900255003231117 | FECHA: 21-11-2025 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Gris | | | | COLOR: Gris | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1 A | PESO: 3.6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO X CONCENTRADO ___ MIXTO OTRO _____ | | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO_____ADOPTADO _____REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Sara Sofia Gutierrez Fonseca | DIRECCION Kr 111C 69D 30 | TELEFONO 3208791563 |
| CEDULA: 1014978382 | CORREO ELECTRÓNICO: sofiagutierrezf1@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Bolivia / ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| NA | Julio/2025 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 11/09/25 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO ___X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 102 l/m | F. RESPIRATORIA: 30 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | / ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | / ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,16 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,14 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9745 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañia. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañia, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañia.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañia, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Sara Gutierrez | 1014978397 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañia. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.014.978.382



Apellidos
GUTIERREZ FONSECA

Nombres
SARA SOFIA

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.62 | F |

Fecha de nacimiento
25 MAR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
28 MAR 2023, BOGOTA D.C.

Firma
Sara Gutierrez

Fecha de expiración
29 MAR 2033

.CO

017115526

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL017115526215001<<<<<<<<<<
0503257F3303296COL1014978382<8
GUTIERREZ<FONSECA<<SARA<SOFIA<

Pago x Nequi

63421

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-6
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **2426985-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372629728-0**

CLIENTE

**CONSTRUCTOR MARVAL SA**
KR 111 C NO 69 D 30 AP CA 104
UB VILLA ALAMOS MZ 2
BOGOTA, D.C. - BOLIVIA

04 506 7956 / 939377

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código


EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
**$12.000.000**
EN EFECTIVO

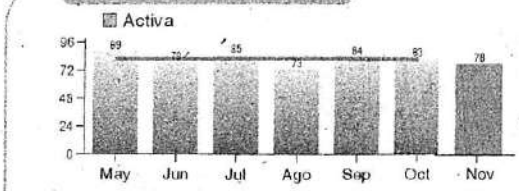
Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Banco registrado de The Bank of Nova Scotia, utilizado bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com


## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $760,57

**CONSUMO DIARIO:** 2,60 kWh

**VALOR DIARIO:** $1.187

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 92 kWh

**PERÍODO FACTURADO:** 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025
**DÍAS FACTURADOS:** 30
**CONSUMO MES** 78 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005045067956 |
| RUTA LECTURA: | 35045111427 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS20610104 |
| MEDIDOR NO: | 939377 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




DI: 4560TRI GRUPO 11 HC: 0.00 MC: 0.00 CEC: 2.50
PERIODO: 2025-09 DI: 00:06:06 DI: 04:00:00 MC: 0.00 MF: 1.00 %I: 0.20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## USO SEGURO DE ENERGÍA:

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 316 880 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia · @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140065 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** dale! · MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED · efecty · Reval · MOVIRED · Supergiros · Gana · Safecty

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** Enel Colombia Chile, Generación y Fundación

**Almacenes de Cadena:** Jumbo · Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del recibido. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** **Vigencia: SEP/2025**
**G: $294,58 T: $51,66 D: $246,83 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $760,57 Costo kWh Mes**


Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código.


GRUPO:11 CIRCUITO: BL39-4586TRI-- NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Cliente

ACTIVIDAD ECONÓMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11.04 por Int. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT: 860.063.875-6. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:13:06
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 16:23:10

CUDE: 194887308e9a743cfbd7fddb28b745a329fd6a4930ac3055b7d37ba7a018713cfa1429958980aae7f6353672b14dd5985d

Factura Impresa por Carval Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-8. Proveedor Tecnológico: Carval Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

4 265 - Página 1 de 2

63421

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $35.620 | | $0 | | $35.620 | 18 NOV /2025 | 20 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 2426985-4 | PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 01 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** | **Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Calculada kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 16.031 | | 15.953 | | 78 | | 1 | | 78 | 78 | | $760,57 | | $59.324 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $246,93 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $760,5687 | | X | | Beneficio -39,96 % | | | | | -$23.705 |

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $1.187 DIARIOS

**SUBTOTAL: $35.619**

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $1 |
| SUBTOTAL: | $1 |

Contiene + Otros cobros asociados a energía

**1 TOTAL ENERGÍA: $35.620**

### Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo

**2 TOTAL OTROS: $0**

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$103.863**

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -39,96 %


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




**NÚMERO DE CLIENTE**
**2426985-4**

**Documento Equivalente Electrónico No.**
372629728-0

(415)7707209914253(8020)012426985437262972 80(3900)00000000035620

**PAGO OPORTUNO**
**18 NOV /2025**

**TOTAL A PAGAR**
**$35.620**

Alcaldía Local de Engativá

# FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO
## PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025

| HC Número de Historia clínica: 98 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231109 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Zapatin | | | COLOR: Gris/Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 1A | PESO: 3.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO____ REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Luz Alexandra Sanchez Abril | DIRECCION Kr 111A #72F-06 | TELEFONO 3112844811 |
| CEDULA: 1070307366 | CORREO ELECTRÓNICO: sanchezalexandra351@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Cortes Naciones Sur | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| N/A | NOV 12/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 95 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: ———

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,19 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ___/___ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ___/___ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,26 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,14 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañia, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Luz Alexandra Sanchez Abril | 1070307366 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.070.307.366

SANCHEZ ABRIL

APELLIDOS

LUZ ALEXANDRA

NOMBRES

Luz Alexandra Sánchez

FIRMA





INDICE DERECHO

02-MAY-1997

FECHA DE NACIMIENTO

MONIQUIRA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

15-MAY-2015 COGUA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1504300-00732053-F-1070307366-20150810 0045754426A 1 43394578

152999

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

earth pact ECOLÓGICO

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **6614204-4**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRONICO No. 372980999-7**

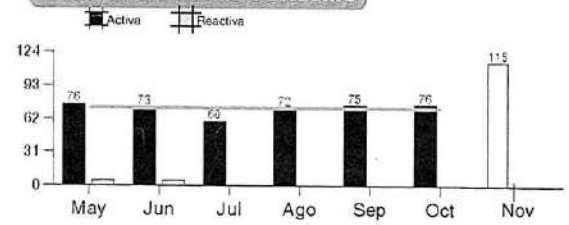
152999

## CLIENTE

**AURA LIGIA MACHETE NAVARETE**
KR 111 A NO 72 F 06 PI 4
PISO 4
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS SUR

06 710 3418 / 39012

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $820,96

**CONSUMO DIARIO:** 3,59 kWh

**VALOR DIARIO:** $2.508

**PERIÓDO FACTURADO:** 04 OCT/2025 A 04 NOV/2025

**DIÁS FACTURADOS:** 32

**CONSUMO MES** 115 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 72 kWh

Estos movimientos fueron leídos en la lectura de tu medidor. Si consideras que alguno está errado, solicita su verificación. Encuentra las posibles causas y qué debes hacer en www.enel.com.co/consumo


EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código.

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria S.A. Establecimiento Bancario, vigilado por la Superintendencia Financiera de Colombia. Aprobación sujeta a políticas de crédito de la entidad. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com.

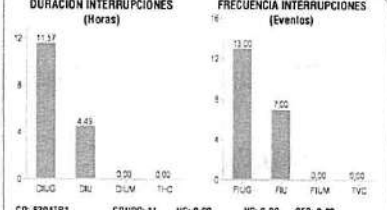

## INFORMACION DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30007067103418 |
| RUTA LECTURA: | 37067190266 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00565506 |
| MEDIDOR NO: | 39012 |
| SUBCLASE: | Básica |

## USO SEGURO DE ENERGÍA.

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CALIDAD DEL SERVICIO




CD: 52041R1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025,09 Dt: 257,15 Cf: 75,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
318 890 8063 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** MOVII, Nequi, tpaga, dale

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, efácil, Reval, Supergiros, Su Red Efectivo, Baloto, Servicios Postales Nacionales, Su Red Efectivo, MOVIRED, puntored, efecty

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

**Almacenes de Cadena:** Olímpica, Metro

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el comprobante del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.


**Inscríbete a factura electrónica* y aprovecha los beneficios.**

Escanea el código




**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** **Vigencia: OCT/2025**
G: $296,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $25,56 CF: $0,00 / $820,96 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL14-5204TR1- - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 16 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co.

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 08/11/2025 01:44:27
FECHA EXPEDICIÓN: 08/11/2025 20:40:14


CUDE: 5e66b0838e399711439631 0d310b2221ac11ea5c21382ab9a047b1b7c780dcaa41b150ef64d6e34e0cf4f4ece9469507



Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.096.812-6.
Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0





152999

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $80.250 | | $0 | | $80.250 | 19 NOV /2025 | 21 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 6614204-4

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 04 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 7.111 | | 6.996 | | 115 | | 1 | | 115 | 115 | | $820,96 | | $94.410 |
| ENERGIA REACTIVA | 2.856 | | 2.813 | | 43 | | 1 | | 43 | 0 | | $307,93 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $820,9603 | X | | | Beneficio -15.00 % | | | | | -$14.162 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $2.508 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $80.248 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $2 |
| SUBTOTAL: | $2 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) **TOTAL ENERGÍA:** $80.250

### Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) **TOTAL OTROS:** $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de **$103.863**

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.


NÚMERO DE CLIENTE
6614204-4

Documento Equivalente Electrónico No.
372980999-7

(415)7707209914253(8020)016614204437298099 7(3900)00000000080250

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$80.250

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 99 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231105 | FECHA: 21-11-2025 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Jerry | | | COLOR: Atigrado Gris |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 8 meses | PESO: 5.2 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO____ _REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Miguel Angel Melo Salgado | DIRECCION Kr 119 65A 40 | TELEFONO 3234798659 |
|---|---|---|
| CEDULA: 1000320525 | CORREO ELECTRÓNICO: mfnamiguelmelo@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Engativa | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| NA | Sept/2025 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: 13/10/25 dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 105 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES:

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,5 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,6 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| MIGUEL ANGEL MEDINA SALGADO | 1.000.320.025 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.320.525**

**MELO SALGADO**

APELLIDOS

**MIGUEL ANGEL**

NOMBRES

Miguel Angel Melo Salgado

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-2000**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.64** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

**10-OCT-2018 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01048527-M-1000320525-20181205 0063364036A 1 1625173963

Denuncia en la línea 116 cualquiera de las siguientes situaciones. Así protegerás la disponibilidad de tus servicios públicos:

- El hurto o faltante de medidores, rejillas y tapas.
- Cajas o tapas levantadas o inexistentes.
- Manipulación de cajas, tapas, rejillas, medidores, hidrantes o centros de medición por parte de personal ajeno a la empresa.
- Cualquier otra actividad irregular que observes en la red de acueducto y alcantarillado.

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

Cuenta contrato
11666016
Núm. de identificación de este predio

Número para pagos
12490881518
Número de esta factura de servicios públicos

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-9

**Datos del usuario**

Tipo de producto RESIDENCIAL
Estrato 2
Und. Res. Ocupada: 1 Und. No Res. Ocupada: 0 Densidad 0.000
Und. Res. Desocupada: 000 Und. No Res. Desocupada: 000 Volumen 0.00
Frecuencia Barrido: 03 Frecuencia Recolección: 03 %Participación 0.000%

**Componentes de tarifas**

| Costo Fijo Total CFT | Costo variable no aprovechables | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 36.319,73 | 16.826,56 | 154.680,98 |

**G Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $73.002 | Ajuste a la decena -credito- | $1- |
| Subsidio | $29.201- | | |

| Subsidio (-) | 40% | Valor Aseo | $43.800 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total ingresos del predio | $43.800 |
| Informativo - deuda total | | Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual | |

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Rechazo del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0025 | 0.0013 | 0.0000 |

| Efectivamente aprovechables | Residuos no aprovechables \| Aforadas - no aforadas |
|---|---|
| 0.0635 | 0.0380 |

**Histórico de vigencias cobradas**

| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
|---|---|---|---|
| $45.342 | $44.440 | $42.393 | 61 |

La tarifa incluye subsidio o aporte*

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: C2 RUTA: C22093 BIMESTRAL

**11666016**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**12490881518**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Período facturado AGO/13/2025 - OCT/10/2025

Pago oportuno NOV/14/2025 Suspensión NOV/20/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| ENE/10/2026 | OCT/29/2025 05:58:39 | OCT/29/2025 09:52:37 |

# ¡Hola!

Factura a nombre de
**ANA BEATRIZ MARTINEZ BERMUDEZ**

Dirección del predio
**KR 119 65A 40 IN 9 AP 302**

**Barrio:** ENGATIVA **Localidad:** ENGATIVA

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

**Clase de uso:** Residencial
**Estrato:** 2
**Unidades Habitacionales:** 1
**Unidades No Habitacionales:** 0

**Datos de tu medidor**

**Marca** IBERCONTA **Tipo** VELO015C
**Serie** 06015IB111266 **Diámetro pulgadas** ½

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este periodo **consumiste la misma cantidad de agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena. Nit. 800.030.534-0

12962 98001 48341

# Tu ( ríodo

En los 10 | sumo fue 12 m³ 13

servi pago

puntored

Scotiabank Colpatria

COLPATRIA

FEB-/ $60.4

ÚLTIMO CONSUMO

En d de agua que en

CORRESPONSAL BANCARIO
SCOTIABANK COLPATRIA
Puntored no te cobra por esta transacción
Pago de facturas
TRANSACCIÓN EXITOSA

| | |
|---|---|
| Fecha | 18/11/2025 |
| Hora | 10:35:38 |
| Terminal | 293262 |
| Convenio | ACUEDUCTO AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA |
| Cod. Convenio | 0448 |
| Referencia | 11666016 |
| Valor | $94,331 |
| Transaccion | 001285766774 |
| Usuario | SERVIPAGO SERRATO |

Líneas de atención personalizada en Bogotá: 601 3487877 Resto del País: 01 8000 960 505
Aquí también pueda pagar su tarjeta de credito y creditos de consumo del Banco Scotiabank Colpatria
BANCO SCOTIABANK COLPATRIA VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Te explicamos **tu consumo en botellas de 1 litro**

**En este período** 13.000

**Promedio al día** 220

## Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

Consumo Normal
terna 0
ra
VELO015C ½

## lodo

tarillado 550,39 (B) + Otros cobros $26.628- (C D E F) + Aseo $43.800 (G)

bros en las tablas con letras de abajo

Consulta el detalle atrás

**Escanea y paga virtual**

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

= **Total a pagar** $94.331

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): a52d625cd88379da6b935990aafd7ce35fcb44e7cb5c9de02c28d5c35648592ca01f5a35ae3323e52d027b15afd93de3

DOMICILIARIOS NRO. ÚNICO DE REGISTRO 1-1100100-10 EAB-ESP

VIGILADA POR LA SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS PÚBLICOS

## Detalle de tu consumo este bimestre

| | A Acueducto Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) | B Alcantarillado Cant. | Valor unitario | Aporte (+) o Subsidio (-)** % | Valor | Tarifa*** | Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $9.701,96 | -40 | $7.762- | $5.821,17 | $11.641,92 | 2,00 | $4.611,53 | -40 | $3.689- | $2.766,92 | $5.534,06 |
| Consumo residencial básico (m³) | 13,00 | $3.713,70 | -40 | $19.311- | $2.228,22 | $28.967,10 | 13,00 | $3.976,41 | -40 | $20.677- | $2.385,84 | $31.016,33 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | . | | | | | | . | | | | | |
| Cargo fijo no residencial (mes) | . | | | | | | . | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | . | | | | | | . | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $27.073- | | $40.609,02 | | | | $24.366- | | $36.550,39 |

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

### Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

| | Tasa Uso (Acueducto) | Tasa Retributiva (Alcantarillado) |
|---|---|---|
| Tarifa consumo básico ($/m³) | $17,43 | $60,30 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m³) | $0,00 | $0,00 |
| Total por consumo facturado | $227 | $784 |

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

### C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| I-ajuste a la decena | $1 |
| D-ben. min. vital total | $26.739- |
| I-intereses de mora | $110 |
| Subtotal | 26.628- |

### D Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

### E Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| Subtotal | | | | | |

### F Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| Subtotal | |

Pagos por la página web, app y billeteras

puntopay tpaga RappiPay Nequi Claro PBY OXXO Aquí Pagué ualá dale Daviplata Bancolombia App EAAB EAABMóvil

Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados

Punto pago Efecty puntored

Red CADE Consulta direcciones y horarios de atención en www.bogota.gov.co/servicios/cades

La EAAB ESP sólo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Santander y Citi.

**Aseo**
Valor a pagar
$43.800

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Si paga con cheque, girar dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endosar cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)124908815186(3900)000000043800

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$50.531

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)124908815187(3900)000000050531

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica 100 | MICROCHIP: 900255003231764 | | FECHA: 21-11-25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Gio | | | COLOR: amarillo | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3M | PESO: 2.1 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Jarinson Roman Otalora | DIRECCION Kr 105F 75c 63 | TELEFONO 3017500804 |
| CEDULA: 80014750 | CORREO ELECTRÓNICO: rur_78@hotmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Garces Navas — ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachillerato NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud.

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A |
|---|---|---|
| N/A | OCTUBRE/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. — CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 103 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,2 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | — ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | — ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,15 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,03 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 80 014 750 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 80.014.750

ROMAN OTALORA

APELLIDOS

JARRINSON

NOMBRES

FIRMA


INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 19-JUL-1981

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

29-SEP-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA


A-1500150-00050242-M-0080014750-20171030 0058301833A 1 1264678144

SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:



Escanea el código QR, inscríbete en el formulario y empieza a recibirla por correo desde el próximo mes.

Dile adiós al papel y empieza a recibir **tu factura Vanti en tu correo.**

Inscríbete aquí



SOLICITA TU FACTURA EN LÍNEA Y PÁGALA A TRAVÉS DE:

Tan fácil como tu tienda

tan fácil y seguro que es pagarla.


## Mundo digital Vanti

Paga a través de nuestra página web
**www.grupovanti.com/pagos-en-linea/**

Botón PSE

Botón Bancolombia

Recuerda que puedes pagar las facturas de una o varias cuentas contrato en una sola transacción

Escanea para pagar tu factura

Pagos electrónicos en otras entidades

Redeban · Bancolombia · BBVA · Scotiabank Colpatria · Banco AV Villas · GNB Sudameris · Banco Falabella · Banco Pichincha · Banco Caja Social · Nequi · Davivienda · Daviplata · dale!

*Permite adicionalmente inscripción a débito automático.

Síguenos en nuestra redes sociales como **@grupovanti** y conoce nuestras iniciativas.

## Puntos Presenciales

- Corresponsales Banco BBVA
- Corresponsales Scotiabank Colpatria
- Corresponsales Grupo Aval
- Corresponsales Banco Davivienda
- Red CADE
- Banco GNB Sudameris
- Grandes Superficies: Metro, Jumbo, Éxito

*Si cancelas con cheque, éste debe ser de gerencia y a nombre de **Vanti S.A. ESP.**

## Eficiencia energética

Reducir nuestro consumo de energía se traduce en un ahorro para la economía familiar y contribuye a disminuir las emisiones de gases de efecto invernadero, principal causa del cambio climático.

Línea telefónica solo para emergencias
Atención todos los días las 24 horas

Fijo - Móvil: **164** ó **01 8000 919 052**
**01 8000 181 164**

Atención presencial
Ingresa a **www.grupovanti.com**
y conoce los pasos para agendar tu cita.


CARVAJAL SOLUCIONES DE COMUNICACIÓN S.A.S. NIT. 800.096.812-8 7048/27082025 VANTI



presente factura al cliente cuenta con los mecanismos de defensa en la ley 142 de 1994 y puede hacer uso antes de la fecha señalada para el pago oportuno.


# ¡Hola!

**EFRAIN ROMAN**
KR 105F 75C 63 01 - GARCES NAVAS
BOGOTA

vanti
*Más formas de avanzar*
**Vanti S.A. ESP.**
**Medidor Gas No. 5077198-130031**

**Lote:** P08GN **Ruta:** 0011670113800005010 **Código del Sector:** 362

362 | 0011670113800005010 | P08GN | 82543 | C1

**Cuenta o referencia de pago 60701266**

vanti

TU CUPO VANTI LISTO APROBADO ES: **$ 5.300.000**

vanti

Financia con tu cupo de crédito Vanti Listo en tiendas aliados y **participa por uno de los**




para dos personas todo incluido.

¿Cómo participar?




**Realiza compras iguales a superiores a $3.000.000** en todas nuestras tiendas aliados

Financia tu compra a 30 meses

Espera el gran sorteo:
1° sorteo: **13 de octubre – 15 viajes**
2° sorteo: **11 de noviembre – 10 viajes**

**Paga hasta en 60 cuotas a través de tu factura de gas natural**

éxito · ALKOSTO · CARULLA

Actividad promocional denominada "Crédito Listo Mientas Listas" organizada por las empresas que conforman el grupo VANTI S.A. E.S.P. El plan de premios consiste en la entrega de 15 combos de viaje para dos personas a Cartagena, quienes podrán iniciar con el servicio de gas natural residencial y realicen compras de artículos en los categorías activas en establecimientos aliados Vanti Listo, durante la vigencia de la actividad promocional, mediante uso de su cupo VANTI LISTO por un valor igual o superior a tres millones de pesos ($3.000.000), a que realicen compras virtuales de electrodomésticos a través de la "Tienda Virtual Vanti" ingresando a enlace https://www.grupovanti.com/productos y/o cupo compra sea por un valor igual o superior a un millón de pesos ($1.000.000) en una única transacción, y que en ambos casos financien su compra a un plazo igual o mayor a treinta (30) días, así mismo deberán estar al día en el pago de sus facturas de gas natural (incluye valores financiados). Promoción válida para compras realizadas entre el 1 de septiembre de 2025 al 31 de octubre de 2025. Se realizarán 2 sorteos los días trece (13) de octubre, y once (11) de noviembre de 2025. Ganancia Ocasional asumida por Vanti. Conoce los términos y condiciones de la actividad en http://www.grupovanti.com/Vanti/listo/tarjetas/

Autoriza
Coljuegos

## Comunícate con nosotros y solucionemos tus inquietudes

**Atención telefónica**
Lunes a viernes 7a.m. a 6 p.m.
Sábado 7 a.m. a 1 p.m

**Línea gratuita 01 8000 942 794**
Bogotá (601) 307 8121
Bucaramanga (607) 685 4755

**Atención virtual**
Gestiona tus peticiones sin salir de casa

**Línea de WhatsApp 315 416 4164**

**Mi Vanti en línea**
https://mi.grupovanti.com/

Recuerda que puedes elegir tu canal de preferencia para comunicarnos de acuerdo a la Ley 2300 de 2023.

# Factura de gas

**Octubre 2025**

Cuenta o referencia de pago **60701266** BOGOTA

Vigilado Superservicios

NIT: 800.007.813-5
Vanti S.A. ESP
www.grupovanti.com

vanti
Más formas de avanzar

## Fechas importantes

| 1 Pago oportuno | 2 Fecha de suspensión | 3 Periodo facturado | 4 Emisión de tu factura |
|---|---|---|---|
| 28 Oct. 2025 | 29 Oct. 2025 | Sep. - Oct. 2025 | 15 Oct. 2025 |

## Conceptos facturados

| Concepto | Cantidad Unidad (A) | Valor unitario (B) | IVA (C) | Subtotal D=(A*B)+C |
|---|---|---|---|---|
| CONSUMO GAS | 18M3 | 2.747,85 | 0,00 | 49.461,30 |
| FIJO | 1UN | 4.171,00 | 0,00 | 4.171,00 |
| AJUSTE DECENA | 1UN | -3,46 | 0,00 | -3,46 |
| RECAUDO TERCEROS Prima seguro Acci | 0 | 13.857,00 | 0,00 | 13.857,00 |
| RECAUDO TERCEROS Coosepark Protc. | 0 | 27.032,00 | 0,00 | 27.032,00 |
| Intereses Moratorios Base Recargo | 1UN | 252,16 | 0,00 | 252,16 |
| Vanti Max Antiguo | 1UN | 11.294,12 | 2.145,88 | 13.440,00 |

(1) Total $108.210,00

## Tus financiaciones

| Tasa de interés/Concepto | Cuota N° | Capital A | Intereses B | Subtotal C=A |
|---|---|---|---|---|

(2) Total $0,00

## (3) Valor facturas vencidas

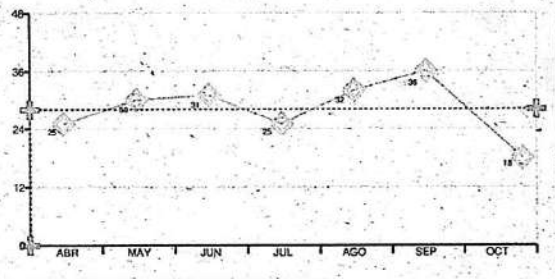
$0,00

**Total a pagar (1)+(2)+(3)** $108.210,0

Paga por PSE

Escanea el código QR

## Tus últimos consumos




## Datos de medición

Uso Residencial Estrato/Cat. Tres Días de consumo 31

| Fecha | Lectura | Tipo |
|---|---|---|
| 09 Sep. 2025 | 1262 | REAL |
| 09 Oct. 2025 | 1285 | REAL |

m³ corregido= 1285 - 1262 * Factor de corrección = 18

## Tu próxima lectura será

Entre 08 y el 13 de Noviembre

## Novedades de tu factura

Dale esperanza a una familia colombiana realizando un aporte voluntario en www.grupovanti.com,
valor sugerido $ 10821
Estimado cliente recuerde que tiene entre Jun/2025 y el 30/11/2025 para realizar la Revisión Periódica. Se suspenderá el servicio a partir del 01/12/2025 si Vanti S.A. ESP no ha recibido el Certificado de Conformidad. Realice la revisión y evite la suspensión (Res. CREG 059/2012)

**Después de la fecha de pago oportuno, se cobrarán intereses de mora y se suspenderá el servicio. Valor de la reconexión $71.000**

## Revisión Periódica Obligatoria

**Vencimiento Revisión Periódica Obligatoria**

**30 Nov. 2025**

La revisión de la instalación interna es tu responsabilidad y debe realizarse en los plazos establecidos en la regulación vigente* *Resoluciones 059 de 2012 y 41385 de 2017

**Agenda ya tu RPO aquí**

## Tarifas

El valor del m³ de gas este mes es de $2748.

Jul. $2710 . Ago. $2804 Sep. $2719

Tarifa regulada por la Comisión de Regulación de Energía y Gas (CREG).

### Componentes tarifarios

Gm: 1478.84 Tm: 583.64 Dm: 614.99 Cm: 2747.85
Pi: 70.38 Cvm: 0.0 Cufm: 41.71.0 Cuvm: 2747.85
Ccm: 0.0 Fpcm: 42.55 DAUR: 0.0 DAUNR: 0.0

Mjm³ Tu consumo en m³ de gas equivale: 213 kWh y el precio unitario del kWh es: $251.795

### Factor de corrección

Vm: 23 Kp: 0.76826 Kt: 1.00627 Pt: 0.77308
Vc: 18 Tm: 13.76 Te: 15.56 Pe: 1.01008
Pa: 0.753 Pm: 0.023 F1 pv: 1.0

Factor de corrección: 0.77308

### Indicadores de calidad

IRST: 100.0 DES: 0.0 IO: 100.0 IPII: 100.0




(415)7709998026025(8020)60701266(3900)00000000108210

Somos grandes contribuyentes Resolución 000020 Diciembre 27/2024 Retenedor de IVA. Autoretenedores Resolución No. 4959 del 17-JUL-1998 Autorización de numeración de Sistema de Facturación No. Formulario 18764091267057 del 31/03/2025. Facturación electrónica desde N° 50000001 hasta 100000000 con vigencia de 24 meses

Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios NUIR 2-11001000-6. VANTI S.A. ESP. NIT: 800.007.813-5 - Revisor fiscal Deloitte Y Touche S.A.S. Esta factura presta mérito ejecutivo Art 130 de la ley 142 de 1994

Convenio Tecnología y Servicios S.A.S. BIC Nit. 830.122.151-0

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 101 | MICROCHIP: 900255003231763 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Tobby | | | | COLOR: Gris | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 18 meses | PESO: 6.6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Lorena Vargas Sanchez | | DIRECCION Kr 105 F Bis 72-64 | TELEFONO 3148689119 |
| CEDULA: 1073150624 | | CORREO ELECTRÓNICO: lorena.vargas1406@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Villa Amalia | ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| NA | NR | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 18/09/2024 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 107 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 39,3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS Rosadas |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,7 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,8 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,4 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,26 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Claudia Vargas | 1073150624 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.073.150.624**
**VARGAS SANCHEZ**

APELLIDOS
**CLAUDIA LORENA**

NOMBRES

Claudia Vargas

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **07-FEB-1986**
**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| 1.60 | O+ | F |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

25-FEB-2004 MADRID
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

A-1500150-01480643-F-1073150624-20241210 0142946801A 3 8513612771

**enel** Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 - 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0604785-6**

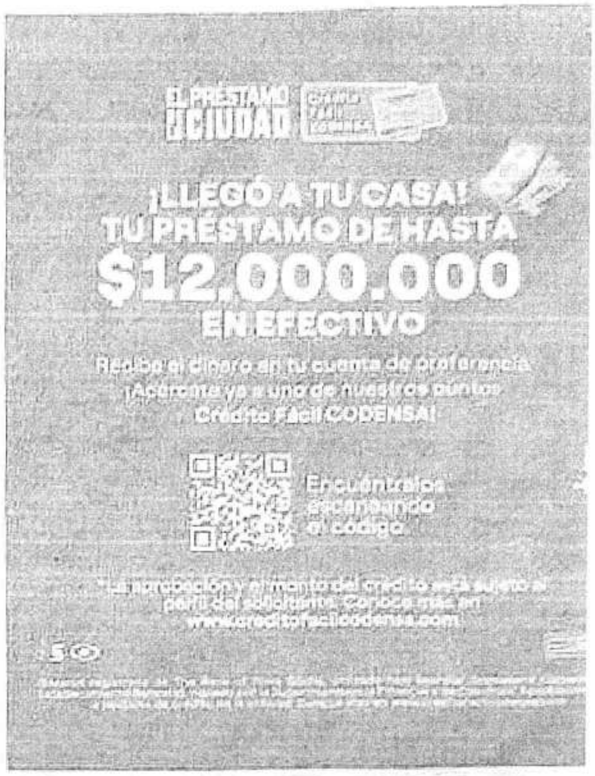
DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372377825-9

## CLIENTE

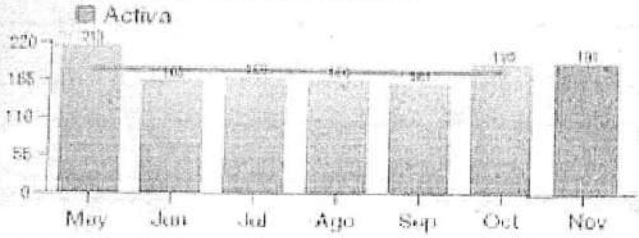
**JOSE DAVID MACIAS**
KR 105 F BIS NO 72 64
BOGOTA, D.C. - VILLA AMALIA

03 513 1922 / 19581

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código




## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO
$818,03

CONSUMO DIARIO:
6,37 kWh

VALOR DIARIO:
$4.681

PERIODO FACTURADO: 30 SEP/2025 A 28 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 30

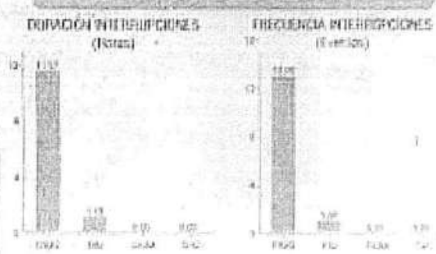
CONSUMO MES 191 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 0,63 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005005131922 |
| RUTA LECTURA: | 35035041614 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00564849 |
| MEDIDOR NO: | 19581 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones

Chat de atención en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion

318 690 6003 (Elena Bot o paso Asesor)

Enel Colombia · @EnelClientesCO

Regístrate gratis. Zona privada de la página Web

App Enel Clientes Colombia

ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE: Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115

EMERGENCIAS: 115 Gratuito las 24 horas

DEFENSOR DEL CLIENTE: https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html defensor@enel.com

## USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

Medios virtuales de Pago: APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

Billetera Virtual: dale · MOVII · Nequi · tpaga

Corresponsales Bancarios: CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

Red Distrital: RED CADE

Centros de Servicio: enel

Almacenes de Cadena: Metro

Código QR

Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.

**OMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025

$294,56 T: $51,66 D: $300,19 CV: $77,09 PR: $59,98 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,03 Costo kWh Mes

FECHA GENE
05/11/2025 1
FECHA EXPE

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

Expiry-Date:2030/09/02

| HC Número de Historia clínica: 102 | MICROCHIP: 900255003231549 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Tommy | | | COLOR: Negro Blanco |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo / EDAD 2A. | PESO: 4.4 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X_REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Nini Ausdrey Velandia Torres | DIRECCION Kr 108Bis #75B-40 | TELEFONO 3212718596 |
|---|---|---|
| CEDULA: 1048820727 | CORREO ELECTRÓNICO: velandiatorresniniausdrey@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA: Garces Navas / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Profesional | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| N/A | N/R | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa 17 NOV/24 |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X / SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno

CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. / CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 101 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0.5 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | — ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | — ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.6 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0.3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0.19 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| ANGIE JULIETH VELANDIA T | 1048820727 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.048.820.727
VELANDIA TORRES
APELLIDOS
NINI AUSDREY
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 31-MAY-1986
CHITA
(BOYACA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.48 ESTATURA
B+ G.S. RH
F SEXO
14-OCT-2005 CHITA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-0707300-34143821-F-1048820727-20051212 04039 05346B 02 186371356

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: **0605842-3**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No: 372835178-7**

102650

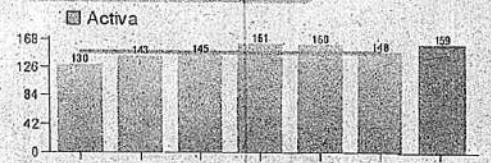
**CLIENTE**

**ISRAEL MARTINEZ**
KR 108 BIS NO 75 B 40
BOGOTA, D.C. - GARCA.S NAVAS

05 710 6316 / 20317

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $820,96

**CONSUMO DIARIO:** 5,48 kWh

**VALOR DIARIO:** $3.949

**PERÍODO FACTURADO:** 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025

**DÍAS FACTURADOS:** 29

**CONSUMO MES** 159 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES 148 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!


EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD | Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

¡Recibe el dinero en tu cuenta de preferencia
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos
Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com


## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 2,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30007057106316 |
| RUTA LECTURA: | 37057190672 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00562757 |
| MEDIDOR NO: | 20317 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 0652781 GRUPO: 11 MC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/09 DI: 257,15 CF: 160,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %: 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018*

## USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chat de servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
316 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia | @EnelClientesCO
Registrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas | 601 514 0055 denuncias@enel.com |

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** dale!, MOVII, Nequi, tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, efácil, Reval, MOVIRED, Supergiros

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel Únicamente Chía, Girardot y Facatativá

**Almacenes de Cadena**

**Código QR**


Inscribete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código.





Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN/Financiero - NIT 860.321.151-9



1aa6a8835 1db6217b68a0ca1ab491583cbd15b2ef3c172423247ca1b0a1cf8acf68

No. Cuenta 0605842-3 102650

| 1 Total Energía | + | 2 Portafolio Enel X | = | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $114.520 | | $0 | | $114.520 | 19 NOV /2025 | 21 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 0605842-3

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CÁLCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | X | Factor | = | Energía Consumida kWh | Energía Facturada kWh | X | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA EP | 78.699 | | 78.540 | | 159 | | 1 | | 159 | 159 | | $820,98 | | $130.533 |
| ENERGÍA REACTIVA | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | $307,93 | | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | | | Valor kWh $820,9603 | | X | | Beneficio -15,00 % | | | | | $16.009 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $3.949 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $114.524 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $-4 |
| SUBTOTAL: | $-4 |

### Otros cobros de productos y servicios

enel x

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

| | | |
|---|---|---|
| Consumos + Otros cobros asociados a energía | 1 TOTAL ENERGÍA: | $114.520 |
| Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo | 2 TOTAL OTROS: | $0 |

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -15.00 %


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.



Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 103 | MICROCHIP: SI Número: 900255003231775 | | FECHA: 21-11-25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Amarillo | | | COLOR: Amarillo | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 4M | PESO: 7.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO_____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____ nacio en casa.

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Luisa Fernanda Vivas Sierra | | DIRECCION Cl 83 #95D-71 | TELEFONO 3134095794 |
| CEDULA: 1001092140 | | CORREO ELECTRÓNICO: luisafernandavivassierra@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Bochica | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: tecnico N5/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/R | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NR | |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa | |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. X II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 97 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 38.1 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa | |

OBSERVACIONES:

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,12 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | _____ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | _____ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,14 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,07 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Medico Veterinario<br>T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa)**. Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma dél Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Fernanda Vivas | 1001092140 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL ☐

SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE ☐

ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR ☐ DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.092.140
VIVAS SIERRA

APELLIDOS
LUISA FERNANDA

NOMBRES
Fernanda vivas

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-NOV-2002
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.51 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

23-NOV-2020 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01181633-F-1001092140-20201124 0072556394A 1 8501029609

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22235 BIMESTRAL

**10445580**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**13848208917**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

# ¡Hola!

Factura a nombre de
ICTICT

Dirección del predio
CL 83 95D 71 IN 111

Barrio: BOCHICA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**
**Clase de uso:** Residencial
**Estrato:** 2
**Unidades Habitacionales:** 1
**Unidades No Habitacionales:** 0

**Datos de tu medidor**
Marca FLODYS CYBLE Tipo VELO015R160
Serie A14S255524 Diámetro pulgadas ½

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generacion factura | Fecha y hora de expedicion factura |
|---|---|---|
| ENE/19/2026 | NOV/06/2025 06:54:45 | NOV/06/2025 12:37:18 |

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

13425 95789 47240

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 104 | MICROCHIP: Expiry-Date:2030/09/02 900255003231769 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES X PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Masmelo | | | COLOR: Blanco/Negro | |
|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 7M | PESO: 4 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO ___ REGALADO X PERRO DE CUADRA____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Alicia Velasquez De Leon | | DIRECCION Kr 112A Bis #71C-96 | TELEFONO 3001937776 |
|---|---|---|---|
| CEDULA: 23798076 | | CORREO ELECTRÓNICO: maria14879027@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA La Riviera | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N R |
|---|---|---|
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 101 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,6 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Diana Vela | 23793076 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **23.798.076**
**VELASQUEZ De LEON**

APELLIDOS
**ALICIA**

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **01-MAR-1946**
**MUZO**
**(BOYACA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**13-SEP-1973 MUZO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00287993-F-0023798076-20110331 **0026**4861 53A 1 1281255415

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

PAPEL ECOLÓGICO

Para pagos y consultas su número de cliente es: **2623746-7**

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372603622-8

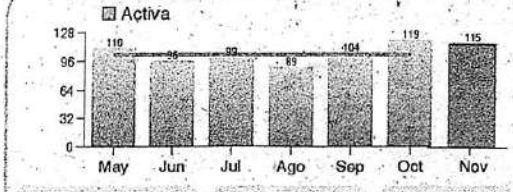
CLIENTE

**BETANCOURT MONTOYA ASOCIADOS**
KR 112 A BIS NO 71 C 96 CA 277
PORTAL DE ALCALA SL 1
BOGOTA, D.C. - LA RIVIERA

04 507 7936 / 1020771

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO** $818,83

**CONSUMO DIARIO:** 3,83 kWh

**VALOR DIARIO:** $1.846

**PERÍODO FACTURADO:** 01 OCT/2025 A 30 OCT/2025

**DÍAS FACTURADOS:** 30

**CONSUMO MES** 115 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 109 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!


EL PRESTAMO DE LA CIUDAD Crédito Fácil CODENSA

¡LLEGO A TU CASA!
TU PRESTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO

Reciba el dinero en tu cuenta de preferencia.
¡Acércate ya a uno de nuestros puntos Crédito Fácil CODENSA!

Encuéntralos escaneando el código

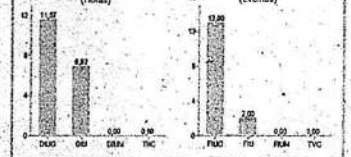
*La aprobación y el monto del crédito está sujeto al perfil del solicitante. Conoce más en www.creditofacilcodensa.com

Avance y tarjetas de financiación Scotia, productos dados con sujeción a las políticas de Scotiabank Colpatria S.A. Entidad vigilada por la Superintendencia Financiera de Colombia. Crédito Fácil Codensa es un producto financiero ofrecido por Codensa S.A. E.S.P. a través de la Entidad Comercializadora Scotiabank Colpatria S.A.


## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 6,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005045077936 |
| RUTA LECTURA: | 35045101168 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00567048 |
| MEDIDOR NO: | 1020771 |
| SUBCLASE: | Básica |

## CALIDAD DEL SERVICIO




CD: 1005837781 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 CEC: 0,00
PERIODO: 2025/09 Dc: 256,44 CF: 104,00000 MC: 0,00 , MF: 1,00 %t: 0,20
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2019*

## USO SEGURO DE ENERGÍA

**Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.**

## CONTÁCTANOS

- Trámites y solicitudes: enel.com.co/es/personas/radicaciones
- Chat de servicio en: enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
- 318 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
- Enel Colombia · @EnelClientesCO
- Regístrate gratis
- Zona privada de la página Web
- App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 denuncias@enel.com |

**DEFENSOR DEL CLIENTE**
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿COMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco · Internet · Teléfono Banco · Débito Automático · Cajero Electrónico · APP Enel Clientes Colombia · Botón de pago Online · Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** MOVII · Nequi · tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED · efácil · Reval · MOVIRED · efecty

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Código QR**

**Almacenes de Cadena:** Jumbo · Metro

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del talonario. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: SEP/2025
G: $294,58 T: $51,66 D: $305,19 CV: $77,00 PR: $59,90 R: $30,50 CF: $0,00 / $818,83 Costo kWh Mes


Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios.
Escanea el código.


GRUPO: 11 CIRCUITO: BL36-5958TRI - - NIVEL DE TENSION:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0517 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

*Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.*

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01-8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo, ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjase a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 06/11/2025 01:14:05
FECHA EXPEDICIÓN: 06/11/2025 15:14:06


CUDE: 2fd6e5139aa9e6ec9dc9ceb6702d188208168481 09a67ca19cfecf284eeba2a8e1b47f81ec3397331b287690c5ac6a8



Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800.058.812-9. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 105 | MICROCHIP: SI Número: 900255003231555 | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: Dante | | | COLOR: Blanco/amarillo |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO V | RAZA Mestizo | EDAD 5M | PESO: 23 KG / MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO ____REGALADO X PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Durley Cardona Rivera | DIRECCION KR 105D 75C 16 | TELEFONO 3002308915 |
|---|---|---|
| CEDULA: 51.814.845 | CORREO ELECTRÓNICO: cardonadurley@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Garces Navas / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Profesional / NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa NOV/25. | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/A |
|---|---|---|

**CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa

**FELINOS:** TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X — SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno

HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno

CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. — CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 103 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.5 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: ROSA |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 2.3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 2.3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0.6 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0.04 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**

Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| | 51814845 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



FECHA DE NACIMIENTO 13-MAY-1966

PEREIRA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

05-JUL-1984 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00129493-F-0051814845-20081118 0006320472A 1 1520038137



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 51.814.845
CARDONA RIVERA
APELLIDOS
DURLEY
NOMBRES

FIRMA

**Componentes de tarifas**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de producto | RESIDENCIAL | | | Estrato | 3 |
| Und. Res. Ocupada: | 2 | Und. No Res. Ocupada: | 0 | Densidad | 0.000 |
| Und. Res. Desocupada: | 000 | Und. No Res. Desocupada: | 000 | Volumen | 0.00 |
| Frecuencia Barrido: | 03 | Frecuencia Recolección: | 03 | %Participación | 0.000% |

| Costo Fijo Total CFT. | Costo variable no aprovechables | Valor base aprovechamiento |
|---|---|---|
| 68.359,18 | 32.953,62 | 154.680,98 |

| Subsidio (-) | 15% | Valor Aseo | $118.530 |
|---|---|---|---|
| Aporte (+) | 00% | Total Ingresos del periodo | $118.530 |
| Informativo - deuda total | | Ingreso que Aseo reporta a la DIAN en el periodo actual | |

**G Estado de cuenta aseo**

| Concepto | Valor | Concepto | Valor |
|---|---|---|---|
| Aseo residencial | $137.092 | Ajuste a la decena -debito- | $2 |
| Subsidio | $20.564- | | |

**Histórico de vigencias cobradas**

| 3 | 2 | 1 | Días liquidados |
|---|---|---|---|
| $128.911 | $109.407 | $126.159 | 58 |

La tarifa incluye subsidio o aporte*

**Toneladas por suscriptor mes**

| Barrido y limpieza | Limpieza urbana | Rechazo del aprovechamiento |
|---|---|---|
| 0.0025 | 0.0013 | 0.0000 |

**Efectivamente aprovechables** 0.0603 | **Residuos no aprovechables** 0.0398 | **Aforadas - no aforadas**

**Cuenta contrato** 10235246
Núm. de identificación de este predio

**Número para pagos** 41409940313
Número de esta factura de servicios públicos

**aseo**

Período facturado Aseo
JUL/23/2025 - SEP/18/2025
El servicio de aseo se factura de forma bimestral

KR 69 No. 80-27/45 LC 4 Centro Empresarial Avenida 80
Horario de Atención
BOGOTÁ 901144843-8




Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1
Responsabilidades fiscales del emisor: Gran contribuyente, Autorretenedor

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: G2 RUTA: G22257A BIMESTRAL

**10235246**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**41409940313**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Document
Equivalente Electronic

Período facturado JUN/28/2025 - AGO/26/2025

Pago oportuno SEP/26/2025 Suspensión OCT/01/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de expedición factura | Fecha y hora de generación factura |
|---|---|---|
| NOV/20/2025 | SEP/13/2025 05:01:18 | SEP/13/2025 09:00:14 |

# ¡Hola!

Factura a nombre de
**RUBIOLA RIVERA DE CARDONA**

Dirección del predio
**KR 105D 75C 16**

**Barrio: GARCES** **Localidad: ENGATIVA**

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

**Clase de uso:** Residencial
**Estrato: 3**
**Unidades Habitacionales: 1**
**Unidades No Habitacionales: 0**

**Datos de tu medidor**

Marca WATERTECH ITALIA Tipo VELO015T2
Serie 10-1002902 Diámetro pulgadas ½

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este período **consumiste menos agua** que en e
anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

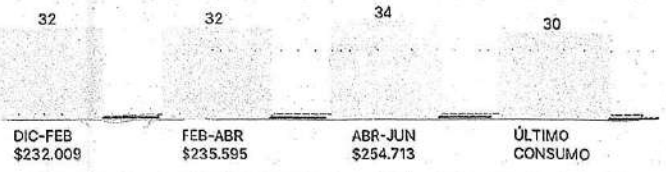
Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

Entra a www.acueducto.com.co haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos d
atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

# Tu consumo en este período

En los 3 períodos anteriores tu promedio de consumo fue 33 m³




En este periodo consumiste menos agua que en el anterior.

Te explicamos **tu consumo en botellas de 1 litro**

| En este período | Promedio al día |
|---|---|
| 30.000 | 500 |

## Datos de la lectura de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Lectura este periodo | 2420 | Facturado con | Consumo Normal |
| Lectura anterior | 2390 | Base promedio | |
| Tu consumo este periodo | 30 | Descargue fuente alterna | 0 |
| | | Consumo totalizadora | |

## Datos de tu medidor

| | | | |
|---|---|---|---|
| Marca | WATERTECH ITALIA | Tipo | VELO015T2 |
| Serie | 10-1002902 | Diámetro pulgadas | ½ |

## Para reducir tu consumo, recuerda:

- Cerrar la llave cuando te cepilles los dientes.
- Usar la lavadora con la carga completa.
- Recoger el agua de la ducha en un balde mientras esta se calienta.

# Tu cobro en este período

| Acueducto | + | Alcantarillado | + | Otros cobros | + | Aseo |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $113.247,54 | | $111.359,32 | | $4 | | $116.530 |
| A | | B | | C D E F | | G |

Consulta el detalle de estos cobros en las tablas con letras de abajo

Consulta el detalle atrás

**Escanea y paga virtual**

Conoce puntos de pago virtuales o presenciales al final de la página

**Total ingresos del período**
Ingresos que la EAAB-ESP reporta a la DIAN en el periodo actual

= **Total a pagar** $341.140

CUDE (Código Único de Documento Electrónico): ac33d8e39f199eee181a7c0cbd3bc202e66ab064b7b2217444819f7a439d3fb4f91fd78f49df8278f2f90c06855a2e4a

## Detalle de tu consumo este bimestre

### A Acueducto

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $9.504,77 | -15 | $2.851- | $8.079,05 | $16.158,54 |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.636,30 | -15 | $12.000- | $3.090,86 | $67.988,60 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | 8,00 | $3.636,30 | | $0 | $3.636,30 | $29.090,40 |
| Consumo no residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $14.851- | | $113.247,54 |

### B Alcantarillado

| | Cant. | × Valor unitario | × Aporte (+) o Subsidio (-)** % | = Valor | Tarifa*** | = Total (Tarifa x Cant.) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cargo fijo residencial (mes) | 2,00 | $4.517,81 | -15 | $1.355- | $3.840,14 | $7.680,62 |
| Consumo residencial básico (m³) | 22,00 | $3.883,09 | -15 | $12.814- | $3.300,63 | $72.613,98 |
| Consumo residencial superior básico (m³) | 8,00 | $3.883,09 | | $0 | $3.883,09 | $31.064,72 |
| Consumo no residencial (mes) | | | | | | |
| Consumo no residencial (m³) | | | | | | |
| **Subtotal** | | | | $14.169- | | $111.359,32 |

* Corresponde a consumos de hasta 11m³ mensuales (22m³ bimestrales). **(+) Aporte: aplica para estratos 5, 6, comercial e industrial. (-) Subsidio: aplica para estratos 1,2 o 3
*** La tarifa se determina a partir del valor unitario del cargo fijo o del consumo. Si aplica un subsidio, se descuenta un %; si hay un aporte, se agrega un %.

### Tasas ambientales

Estos valores ya están incluidos en el consumo residencial básico y superior a básico. (Ley 99 de 1993)

| | Tasa Uso (Acueducto) | Tasa Retributiva (Alcantarillado) |
|---|---|---|
| Tarifa consumo básico ($/m³) | $24,26 | $73,37 |
| Tarifa consumo superior a básico ($/m³) | $0,00 | $86,32 |
| Total por consumo facturado | $534 | $2.305 |

El Mínimo Vital es un beneficio donde el Distrito de Bogotá brinda un apoyo económico de hasta 6 m³ mensuales (12 m³ por cada periodo facturado) a los usuarios residenciales de los estratos 1 y 2. (Acuerdo 927 de 2024)

### C Otros conceptos

| Concepto | Valor |
|---|---|
| 1-ajuste a la decena | $4 |
| **Subtotal** | 4 |

### D Cobros a terceros

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | |

### E Conceptos financiados

| Concepto | No. Cuota | Valor Cuota | Interés | Total | Saldo |
|---|---|---|---|---|---|
| **Subtotal** | | | | | |

### F Saldos anteriores

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | |

### Deudas en estudio

| Concepto | Valor |
|---|---|
| **Subtotal** | |

**Pagos por la página web, app y billeteras**

punto red, tpaga, RappiPay, Nequi, Claro PAY, OXXO, ualá, dale, App EAAB, EAAB Virtual

**Para quienes requieren desplazarse a corresponsales bancarios autorizados**

Punto pago, Efecty, puntored, Farmatodo

**Red CADE** Consulta direcciones y horarios de atención en: www.bogota.gov.co/servicios/cades — La EAAB ESP solo tiene convenios con los siguientes bancos: Popular, Davivienda, Scotiabank Colpatria, Caja Social, Itaú, Occidente, AV Villas, Bogotá, Sudameris y City.

**Aseo**
Valor a pagar
$116.530

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Si paga con cheque, gire dos cheques únicamente de gerencia a nombre de la EAAB-ESP NIT 899.999.094-1 y endose cada uno con el número de cuenta contrato, indicando cuál corresponda al valor de acueducto y cuál al valor de aseo.

(415)7707200489996(8020)414099403131(3900)000000118530

**Acueducto y Alcantarillado**
Valor a pagar
$224.610

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO**
**FACTURA DEL SERVICIO PÚBLICO No.**
Señor cajero: Si en el desprendible de aseo aparece sello y sticker de reclamación, recibir solo Acueducto. (Este pago solo podrá efectuarse en Bancos y Red CADE, no podrá efectuarse en un corresponsal bancario).

(415)7707200485271(8020)414099403130(3900)000000224610

19223

67878 335

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 106 | MICROCHIP: 900255003231560 | FECHA: 21/11/25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: sheldon | | | COLOR: Pardo | |
|---|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO__X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestiza | EDAD 10 M | PESO: 4.6 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO_X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO__X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Ana Milena Sierra Cortes | | DIRECCION Cl 83 95D 71 | TELEFONO 3157743975 |
|---|---|---|---|
| CEDULA: 52.355.647 | | CORREO ELECTRÓNICO: sicomil2503@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Bochica | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: NR |
|---|---|---|
| N/A | 09/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno- |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 102 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa |
|---|---|---|---|---|

OBSERVACIONES: —

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,4 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | _____ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | _____ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,3 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,8 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Medico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Milena Sierra | 1.57.355647 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:



CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 52.355.647

Apellidos
SIERRA CORTES

Nombres
ANA MILENA

Nacionalidad
COL

Estatura
1.59

Sexo
F

Fecha de nacimiento
25 MAR 1980

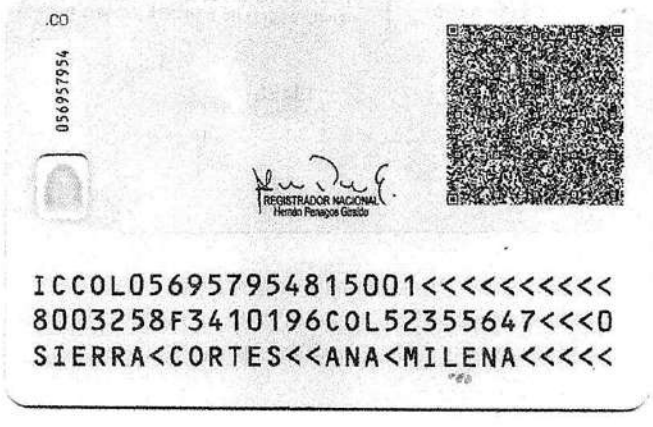
G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
21 JUL 1998, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
19 OCT 2034

Firma
Milena Sierra



.CO

0569579 54

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL0569579548150O1<<<<<<<<<<
8003258F3410196COL52355647<<<0
SIERRA<CORTES<<ANA<MILENA<<<<<

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTA

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño Garcia
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: F2 RUTA: F22235

BIMESTRAL

**10445580**
**Cuenta contrato**
Núm. de identificación de este predio

**13848208917**
**Número para pagos**
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

# ¡Hola!

Factura a nombre de

ICTICT

Dirección del predio
CL 83 95D 71 IN 111

Barrio: BOCHICA Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

**Datos adicionales del predio**

**Clase de uso:** Residencial
**Estrato:** 2
**Unidades Habitacionales:** 1
**Unidades No Habitacionales:** 0

**Datos de tu medidor**

Marca FLODYS CYBLE Tipo VELO015R160
Serie A145255524 Diametro pulgadas ½

Período facturado AGO/21/2025 - OCT/18/2025

Pago oportuno NOV/25/2025 Suspensión NOV/28/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| ENE/19/2026 | NOV/06/2025 06:54:45 | NOV/06/2025 12:37:18 |

**Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.**
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este período **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

cadena.

13425 95789 47240

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | | |
|---|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 107 | MICROCHIP: SI Núme 900255003234963 | | FECHA: 21-11-25 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Felipe | | | | COLOR: Negro / Blanco | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 3 A | PESO: 5.2 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X ____COMPRADO____ADOPTADO ____ REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Yesica Valentina Junca Coronado | DIRECCION Cl 77A # 104A - 4 | TELEFONO 3208607690 |
| CEDULA: 1016595535 | CORREO ELECTRÓNICO: Jesica.coronado0306@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Carees Navas Oriental / ESTRATO: 0 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO_X_RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| | | | |
|---|---|---|---|
| ULT. CELO: dd/mm/aaaa N/A | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa N/R | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: N/R. | |
| | | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa | |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa | |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| F. CARDIACA: 101 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA: 38.3°c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosa | |
| OBSERVACIONES: — | | | | | |

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,5 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ___ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ___ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,5 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,37 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Valentina Coronado | 1016595535 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.016.595.535**



Apellidos
**JUNCA CORONADO**

Nombres
**YESICA VALENTINA**

| Nacionalidad | Estatura | Sexo |
|---|---|---|
| COL | 1.60 | F |
| Fecha de nacimiento | G.S. | |
| 03 MAR 2006 | O+ | |

Lugar de nacimiento
**BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)**

Fecha y lugar de expedición
**05 MAR 2024, BOGOTA D.C.**

Firma
Valentina Junca

Fecha de expiración
**23 MAR 2034**

.CO

044090100

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

```
ICCOL044090100015001<<<<<<<<<<<
0603032F3403233COL1016595535<3
JUNCA<CORONADO<<YESICA<VALENTI
```

Powered by CamScanner

enel | Bogotá

PAPEL ECOLÓGICO

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT: 860.063.875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Para pagos y consultas tu número de cliente es: 7829077-4

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372816746-5

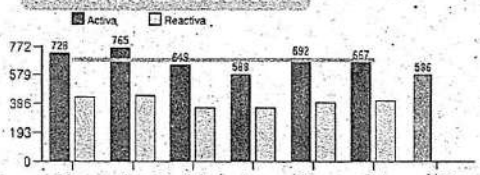
CLIENTE

**PREDAR S.A.**
CL 77 A NO 104 A 4 PI 1
PISO 1
BOGOTA, D.C. - GARCAS NAVAS ORIENTAL

05 709 6001 / 22519326

¿Quieres tu factura virtual? Escanea el código

## COMPORTAMIENTO CONSUMO




VALOR kWh APLICADO: $820,96

CONSUMO DIARIO: 20,21 kWh

VALOR DIARIO: $24.736

PERÍODO FACTURADO: 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025

DÍAS FACTURADOS: 29

CONSUMO MES: 586 kWh

CONSUMO PROMEDIO ULTIMOS 6 MESES: 682 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la **LECTURA DE TU MEDIDOR** y tu **CONSUMO** de energía se encuentra dentro de lo habitual!





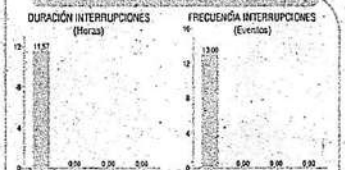

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Comercial |
| ESTRATO: | 0 |
| CARGA kW: | 0,70 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30007057096001 |
| RUTA LECTURA: | 37057160233 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00562819 |
| MEDIDOR NO: | 22519326 |
| SUBCLASE: | Básica |

## USO SEGURO DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## CALIDAD DEL SERVICIO




CO: 9560TR1 GRUPO: 11 HC: 0,00 VC: 0,00 DEC: 0,00
PERIODO: 2025.09 Cc: 257,15 CF: 692,00000 MC: 0,00 MF: 1,00 %t: 0,20

*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 036 de 2019*

## CONTÁCTANOS

Trámites y solicitudes enel.com.co/es/personas/radicaciones
Chatbot servicio en enel.com.co/es/personas/chat-de-atencion
315 890 6003 (Elena Bot o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelClientesCO
Regístrate gratis
Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

| ENERGÍA SERVICIO AL CLIENTE | EMERGENCIAS | DENUNCIAS |
|---|---|---|
| Bogotá, Sabana y Cundinamarca 601 5 115 115 | 115 Gratuito las 24 horas. | 601 5140055 denuncias@enel.com |

DEFENSOR DEL CLIENTE
https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## ¿CÓMO PAGAR TU FACTURA?

**Medios virtuales de Pago:** APP Banco, Internet, Teléfono Banco, Débito Automático, Cajero Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Botón de pago Online, Botón de Pago Bancolombia

**Billetera Virtual:** dale!, MOVII, Nequi, tpaga

**Corresponsales Bancarios:** CONRED, efecty, Reval, MOVIRED, Efecty

**Red Distrital:** RED CADE

**Centros de Servicio:** enel

**Almacenes de Cadena:** Olímpica, Alkosto

**Código QR**

Si pagas en un corresponsal bancario, exige el desprendible del datáfono. El sello del corresponsal no es un soporte válido en caso de reclamo.

## COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:

Vigencia: OCT/2025

G: $295,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,68 PR: $60,36 R: $26,55 CF: 50,00 / $820,96 Costo kWh Mes






Comparte lo mejor de tu energía a quienes lo necesitan.
Puedes realizar tus donaciones en:
www.enelxstore.com/co/es sección "Comparto mi energía"
Aporte sugerido: $71.734

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:56:15
FECHA EXPEDICIÓN: 08/11/2025 09:34:26

GRUPO: 11 CIRCUITO: BL27 9560TR1 - - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa

ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autoretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 9061 de 10 de diciembre de 2020.

"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG156/11 consultar www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.


CUDE: f67b44d41e48ad3c1c1b909d96ed210543cc3a19d227d2c2eead15b93f28be111b2c828539509097ae53ebad6c4d3f6b

Factura Electrónica por Carvajal Soluciones de Comunicación SAS NIT 800096.812-8. Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: OENFinanciero - NIT 890.321.151-0

| Total Energía | | Portafolio Enel X | | Total a Pagar | PAGO OPORTUNO | FECHA DE SUSPENSIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $717.350 | + | $0 | = | $717.350 | 19 NOV /2025 | 21 NOV/2025 |

## ENERGÍA

NÚMERO DE CUENTA: 7829077-4

PRÓXIMA FECHA DE LECTURA: 03 DIC /2025

**Tipo de Lectura: Real** — **Situación encontrada: Normal**

| CALCULO CONSUMO DE ENERGÍA | Lectura Actual | − | Lectura Anterior | = | Diferencia de lecturas | × | Factor | = | Energía a Consumida kWh | Energía Facturada kWh | × | Valor Unitario | = | Valor Facturado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGIA ACTIVA FP | 9.187 | | 8.601 | | 586 | | 1 | | 586 | 586 | | $820.96 | | $481.083 |
| ENERGIA REACTIVA | 10.299 | | 9.627 | | 672 | | 1 | | 672 | 379 | | $307.93 | | $116.707 |
| CONTRIBUCION | APORTE DEL 20.00 % DEL VALOR FACTURADO | | | | | | | | | | | | | $119.558 |
| ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $24.736 DIARIOS | | | | | | | | | | | | SUBTOTAL: | | $717.348 |

### Otros cobros asociados a energía

| | |
|---|---|
| Ajustes a la decena | $2 |
| SUBTOTAL: | $2 |

Consumos + Otros cobros asociados a energía (1) TOTAL ENERGÍA $717.350

### Otros cobros de productos y servicios

Te invitamos a consultar el detalle de tus productos y servicios a través de la APP, tu Sucursal Online en la página web o inscribiéndote a FACTURA VIRTUAL desde www.enel.com.co en la sección Personas.

Productos y servicios diferentes a los servicios de energía y aseo (2) TOTAL OTROS $0

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $111.764

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: La tarifa final es de: $820.96


# Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP, Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




NÚMERO DE CLIENTE
7829077-4

ocumento Equivalente Electrónico No.
372816746-5

(415)7707209914253(8020)017829077437281674 65(3900)00000000717350

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$717.350

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

Expiry-Date:2030/09/02

| HC Número de Historia clínica: 108 | MICROCHIP: 900255003231626 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Dakar | | | | COLOR: Blanco Gris | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X | SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 4 M | PESO: 1,9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO ___ MIXTO X OTRO _____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO____ADOPTADO X _REGALADO____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Claudia Patricia Plazas Hernandez | DIRECCION Kr 113 #89C-09 | TELEFONO 3137537961 |
| CEDULA: 52071725 | CORREO ELECTRÓNICO: patripia71@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Ciudadela Colsubsidio / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Tecnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA X APTO__RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena Salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| N/A | 14 / Nov / 2025 | **CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE:dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | **FELINOS:** TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: Ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: Ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 105 l/m | F. RESPIRATORIA: 29 r/m | TEMPERATURA 38.3 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rojo |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES: — | | | | |

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,2 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ___ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ___ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,14 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,07 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y específicamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomia/orquiectomia (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez C. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Laura Patricia Plazas H | 52071.725 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52071725

NUMERO

PLAZAS HERNANDEZ

APELLIDOS

CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Claudia Patricia Plazas H.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 30-NOV-1971

SANTAFE DE BOGOTA DC
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

21-SEP-1990 SANTAFE DE BOGOTA DC

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

A-1500102-42081082-F-0052071725-20000804 0322100199A 01 089483472

enel Bogotá

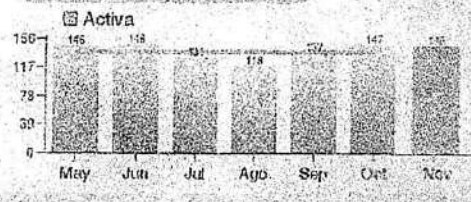
ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT. 860.063.875-8
Calle 83 No. 13 – 45 Piso 1

1003894-6

DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372939167-7

**DIDIMO ANTONIO PLAZAS RINCON**
KR 113 NO 89 G 09
BOGOTA, D.C. - CIUDADELA COLSUBSIDIO

06 703 2531 16060094




VALOR kWh APLICADO: $820,95

CONSUMO DIARIO: 4,55 kWh

VALOR DIARIO: $3.245

PERÍODO FACTURADO: 04 OCT 2025 A 04 NOV 2025
DÍAS FACTURADOS: 32
CONSUMO MES: 145 kWh

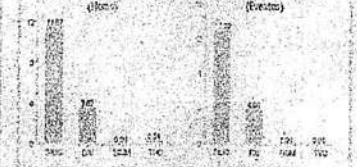

¡LLEGÓ A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
Crédito FácilCOMPENSAR


## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 3 |
| CARGA kW: | 3,00 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30007057032531 |
| RUTA LECTURA: | 37057030638 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00555039 |
| MEDIDOR NO: | 16060094 |
| SUBCLASE: | Básica |

**USO EFICIENTE DE ENERGÍA**
Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca laves secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

**CALIDAD DEL SERVICIO**




Para mayor detalle consulte en nuestra web OR3 2015 de 2018 y 033 de 2015

**CONTÁCTANOS**

Trámites y solicitudes: enelcolombia.co/personas/solicitudes
Chat de servicio en: enelcolombia.co/personas/chat-de-atencion
326 000 6000 (Marca Ext o paso Asesor)
Enel Colombia @EnelColombiaCO
Registro gratis: Zona privada de la página Web
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca: 601 5 115 115
115 Gratuita las 24 horas.
601 5140060 denunciar@enel.com

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

**FORMAS DE PAGO**

Medios Virtuales de Pago: APP Enel, Internet, Teléfono Seguro, Débito Automático, Cupón Electrónico, APP Enel Clientes Colombia, Portal de pago Online, Botón de Pago Bancolombia
Sistema Virtual: daviplata, Nequi, tpaga
Corresponsales Bancarios: CONRED, efácil, El Royal, MOVIRED, Baloto
Red Distrital: RED CADE
Centros de Servicio: enel (Bricentro Calle, Chapinero y Fontibón)
Almacenes de Cadena
Código QR


¡Inscríbete a la promoción Enel Recompensa y gana Beneficios!


**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** Vigencia: OCT-2025
G: $295,46 T: $52,97 D: $307,23 CV: $76,53 PR: $60,56 R: $29,55 CP: $0,00 / $820,95 Costo kWh Mes

GRUPO: 11 CIRCUITO: 1525-422111 - NIVEL DE TENSIÓN: 1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONÓMICA 2514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0047 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1979.

Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de ellos antes de la fecha establecida para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, línea de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2003.

Sobre el cobro de suspensión presente el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio.

Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994

En cumplimiento de la resolución CREG 038/11 consulte www.enel.com.co

**IMPORTANTE:** En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, le cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, derechos y responsabilidades asignados a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para conocer mayor información, le invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.

ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio en el predio para efectos a partir de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Comercial), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como carta de presentación. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor dirigirse a los canales de atención definidos por cada Empresa.

El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860.063.875-8. Servicio vigilado por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

FECHA GENERACIÓN: 08/11/2025 01:21:04
FECHA EXPEDICIÓN: 08/11/2025 22:12:15

CUDE: 1226649eb8650078f0203265894d435868973eb47e86ca71ca8e67634bb94ee9575605941d25ff7f47cb2ac61331905b


Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CENFinanciero - NIT 890.321.151-0
Factura impresa por Carvajal Soluciones de Comunicación S.A.S. Nit: 890.806.490-2.

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| HC Número de Historia clínica: 109 | MICROCHIP: 900255003231743 | FECHA: 21-11-25 |
|---|---|---|

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| NOMBRE: MUX | | COLOR: Blanco/ Pardo | |
|---|---|---|---|
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA: MESTIZO EDAD: 6M | PESO: 2.7 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI_NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO ____ | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO X COMPRADO____ADOPTADO____REGALADO____PERRO DE CUADRA____OTRO ____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| NOMBRES Y APELLIDOS: Julie Alexandra Duran Medina | DIRECCION: Kr 113A #631-23 | TELEFONO: 3208614495 |
|---|---|---|
| CEDULA: 1093141390 | CORREO ELECTRÓNICO: Juliedvran.75@gmail.com. | |
| BARRIO O VEREDA: Villa Gladys | ESTRATO: 2 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ |
| ESCOLARIDAD: NS/NR: Técnico | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buen estado de salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: |
|---|---|---|
| N/A | AGOSTO/25 | CANINOS PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | FELINOS: TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa AGOSTO/25 LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa AGOSTO/25. |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
|---|---|
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: (I.) II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: 118 l/m | F. RESPIRATORIA: 28 r/m | TEMPERATURA: 37.9 °c | TLLC 2 seg | MUCOSAS: Rosadas |
|---|---|---|---|---|
| OBSERVACIONES: ——— | | | | |

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0.3 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0.3 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0.19 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0.1 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G. Medica Veterinaria MSc T.P. 9743 | FIRMA |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B. Médico Veterinario T.P. 12492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Yuli A. Daza M. | 1093/413'90. |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.093.141.390
DURAN MEDINA

APELLIDOS
YULIE ALEXANDRA

NOMBRES

yulie A. Duran Medina

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 15-JUN-1995
CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO

24-JUL-2013 BOCHALEMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

RAQUE BERECHO



P-2501000-00473815 F 1093141390 20130922 0035005846A 1 40014471

enel Bogotá

ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P.
NIT 860 063 875-8
Calle 93 No. 13 – 45 Piso 1

Este pago y consulte su factura de Enel en

**6279265-5**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO No. 372723472-8**

SEÑOR(A)

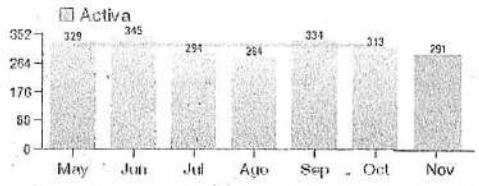
**BENJAMIN VALBUENA**
KR 113 A NO 63 I 23 CA 7
CASA 7
BOGOTA, D.C. - VILLA GLADYS

¿Olvidaste tu factura virtual? Escanea el código

05 505 2368 / 23586131


EL PRÉSTAMO DE LA CIUDAD
¡LLEGO A TU CASA!
TU PRÉSTAMO DE HASTA
$12.000.000
EN EFECTIVO
Recibe el dinero en la puerta de tu residencia
Aceptamos vehículo en prenda
Crédito Rápido
Enel Colombia


## COMPORTAMIENTO DE CONSUMO




**VALOR kWh APLICADO**
$920,96

**CONSUMO DIARIO:**
10,03 kWh

**VALOR DIARIO:**
$6.726

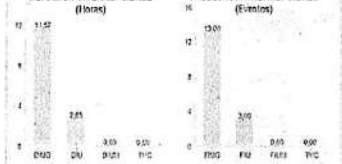
**PERÍODO FACTURADO:** 03 OCT/2025 A 31 OCT/2025
**DÍAS FACTURADOS:** 29
**CONSUMO MES** 291 kWh

¡Este mes tuvimos acceso a la LECTURA DE TU MEDIDOR y tu CONSUMO de energía se encuentra dentro de lo habitual!

## INFORMACIÓN DE LA CUENTA

| | |
|---|---|
| CLASE DE SERVICIO: | Residencial |
| ESTRATO: | 2 |
| CARGA kW: | 6,31 |
| FACTOR: | 1 |
| RUTA REPARTO: | 30005055052368 |
| RUTA LECTURA: | 35055141049 |
| MANZANA DE LECTURA: | MS00563799 |
| MEDIDOR NO: | 23586131 |
| SUBCLASE: | Básica |

## INDICADORES DE SERVICIO




CO 6330781 GRUPO 11 HC 0,00 VC 0,00 DEC 0,00
PERIODO 202509 DI 357,15 CI 33450000 ND 0,00 UF 1,00 %I 0,00
*Para mayor detalle consultar las resoluciones CREG 015 de 2018 y 030 de 2018*

## CONTACTANOS

Páginas y solicitudes enel.com.co/es/personas/defensoria-de-usuarios
Chat en línea y videollamada en Enel App en la página Web
318 639 6003 (Línea Telcoapoyo Avaya)
Zona privada de la página Web
Enel Colombia @EnelClientesCO
App Enel Clientes Colombia

Bogotá, Sabana y Cundinamarca
601 6 115 115
115 Gratuito las 24 horas.
EDL 5140055

https://www.enel.com.co/es/personas/defensor-cliente.html
defensor@enel.com

## USO RACIONAL DE ENERGÍA

Mantén los aparatos eléctricos lejos del agua. Nunca uses secadores, planchas o cargadores cerca de lavamanos o duchas.

## MEDIOS PARA PAGAR TU FACTURA

Medios virtuales de Pago
Billetera Virtual
Corresponsales Bancarios
Red Efectivo
Centros de Servicio
Código QR
Almacenes de Cadena

Si quieres ver la factura con otro formato, elige el documento de tu interés. Si tienes dificultades en las páginas web en color de pedirlo.

**COMPONENTES TARIFARIOS / Componentes del costo:** **Vigencia: CCT/2025**
**G: $206,46 T: $52,97 D: $307,93 CV: $76,03 PR: $60,35 R: $26,56 CF: $0,00 / $620,95 Costo kWh Mes**

GRUPO: 11 CIRCUITO: FR23-83307511 - NIVEL DE TENSIÓN:1 PROPIEDAD: Empresa
ACTIVIDAD ECONOMICA 3514 Comercialización de Energía Eléctrica Tarifa 11,04 por mil. Somos autorretenedores según Resolución No. 0547 de 25 de enero 2002. IVA Régimen Común. CUMPLIMIENTO RESOLUCIÓN CREG 015 DE 1999.
Sobre el contenido de la presente factura el Cliente cuenta con los mecanismos de defensa previstos en la Ley 142 de 1994, y podrá hacer uso de éstos antes de la fecha señalada para pago oportuno. Para mayor información comunícate al (601) 5 115 115, fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente. Operador de red: ENEL COLOMBIA S.A. ESP. Somos grandes contribuyentes según resolución No 0061 de 10 de diciembre de 2020.
"Sobre el acto de suspensión procede el recurso de reposición y en subsidio de apelación, el cual deberá presentarse ante la Empresa previo a la suspensión del servicio."
Esta factura de cobro presta mérito ejecutivo de conformidad con el Artículo 130 de la ley 142 1994
En cumplimiento de la resolución CREG 155/11 consultar www.enel.com.co
IMPORTANTE: En cumplimiento de la resolución CREG 038 de 2014, la cual modificó el Código de Medida, se establecieron obligaciones, actividades y responsabilidades asignadas a ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. y sus usuarios. Para obtener mayor información, te invitamos a consultarlas en nuestra página web www.enel.com.co o comunícate a la línea (601) 5 115 115; fuera de Bogotá al 01 8000 912 115, o en nuestros Centros de Servicio al Cliente.
ENEL COLOMBIA S.A. ESP presta el servicio de recaudo para terceros a través de la factura del servicio público domiciliario de energía eléctrica (Encargos de Cobranza), de acuerdo con la aprobación expresa emitida por el cliente para el uso de la factura como canal de recaudo. ENEL COLOMBIA S.A. ESP no es responsable por el servicio que prestan los terceros, ni por los valores facturados. Para mayor información relacionada con estos aspectos, por favor diríjanse a los canales de atención definidos por cada Empresa.
El prestador del servicio de comercialización y distribución de energía eléctrica y de productos y servicios de valor agregado es ENEL COLOMBIA S.A. E.S.P. NIT. 860 063 875-8. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.

## Inscríbete a la factura virtual Enel y aprovecha los beneficios

Escanea el código

FECHA GENERACIÓN: 07/11/2025 01:50:40
FECHA EXPEDICIÓN: 07/11/2025 20:49:50

CUDE: 198d7b31016c3866290f5cc5711565a3a4c245757fa4e59b13e15617adc85c0a83bf76ac4af44de7ad05c7dcef6d6c


Proveedor Tecnológico: Carvajal Tecnología y Servicios SAS BIC - Nombre del SW: CEN-Financiera - NIT 890.321.151-0

$281.059 + $40.761 = $321.820

PAGO OPORTUNO: 19 NOV /2025

FECHA DE SUSPENSIÓN: 21 NOV/2025

## ENERGÍA

NÚMERO DE CLIENTE: 6279265-5

03 DIC /2025

Tipo de Lectura: Real

Situación encontrada: Normal

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERGÍA ACTIVA FP | 6 955 | 6 664 | 291 | 1 | 291 | 291 | $820,96 | $238.899 |
| ENERGÍA REACTIVA | 476 | 453 | 23 | 1 | 23 | 0 | $307,93 | $0 |
| SUBSIDIO | Consumo a subsidiar 130,00 kWh X | | Valor kWh $820,9603 | X | Beneficio -41,09 % | | | -$43.858 |

ESTE MES LA ENERGIA QUE DISFRUTASTE, TE COSTO $6.726 DIARIOS

SUBTOTAL: $195.043

### Otros cobros de productos y servicios

| | |
|---|---|
| Cuota Capital Convenios de energía 20/24 | $76.772 |
| Interés de financiación Convenios de ene | $9.244 |
| Saldo Convenios de energía | $325.157 |
| SUBTOTAL: | $86.016 |

| | |
|---|---|
| Asistencia Protección Luz 360 | $40.761 |

1 TOTAL ENERGÍA $281.059

2 TOTAL OTROS $40.761

Ten en cuenta la fecha de PAGO OPORTUNO para no generar intereses de mora y la FECHA DE SUSPENSIÓN a partir de la cual se suspenderá el servicio en caso de no pago. Por lo anterior y de acuerdo con los costos publicados en el pliego tarifario, el costo por concepto de reconexión es hasta de $103.863

Informamos que de no realizar el pago de sus obligaciones Crédito Fácil CODENSA en la fecha de PAGO OPORTUNO, éstas entrarán en mora, ante lo cual se realiza reporte negativo a las bases de información Financiera y cobro por gastos de cobranza si la mora supera 15 días y se realiza gestión de cobro.

ESTIMADO CLIENTE: El porcentaje de subsidio para el consumo de subsistencia (0 – 130 kWh/mes) es de -41,09 %


## Cuando reportes una falla, usa WhatsApp.

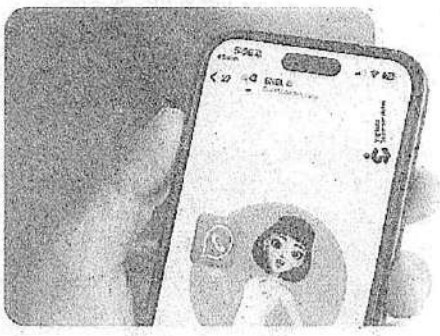
Contáctanos por nuestro canal oficial al **316 890 6003**, y Elena te ayudará a reportar una falla en tu servicio.

Al momento de hacer tu reporte:

- **Digita la opción número 2**
- **Ten a la mano tu número de cuenta / cliente**

Al final recibirás un caso para hacer seguimiento.

Enel Colombia S.A. ESP. Entidad vigilada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios.




NÚMERO DE CLIENTE
6279265-5

ocumento Equivalente Electrónico No.
372723472-8

(415)7707209914253(8020)016279265537272372 8(3900)00000000321820

PAGO OPORTUNO
19 NOV /2025

TOTAL A PAGAR
$321.820

Alcaldía Local de Engativá

**FORMATO DE HISTORIA CLÍNICA ESTERILIZACIÓN -CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DECLINACIÓN DEL SERVICIO**
**PROGRAMA DE ESTERILIZACIONES VETERINARIAS CPS 589-2025**

| | | |
|---|---|---|
| HC Número de Historia clínica: 110 | MICROCHIP: 900255003231635 | FECHA: 21-11-2025 |

ORIGEN : CES PROTECCIÓN CALLE ASENTAMIENTO HABITANTE DE CALLE COMUNIDAD X

**1. DATOS DEL PACIENTE**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE: Horus | | | | COLOR: Blanco y Negro | |
| ESPECIE: CANINO_FELINO X SEXO: HEMBRA___MACHO X | RAZA Mestizo | EDAD 18 Meses | PESO: 9.9 KG | MANEJO ESPECIAL: SI__ NO X | |
| DURANTE LA VALORACIÓN PRESENTA ALTERACIÓN DE COMPORTAMIENTO: SI _NO X | EVIDENCIA DE APARENTE MALTRATO SI____NO X | | TIPO DE ALIMENTACIÓN: NS/NR CASERO____CONCENTRADO X MIXTO OTRO _____ | | |

ORIGEN: NS/NR _RESCATADO_____COMPRADO_____ADOPTADO X _REGALADO_____PERRO DE CUADRA_____OTRO _____

**2. DATOS DEL TENEDOR/RESPONSABLE**

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRES Y APELLIDOS: Sharith Mishelle Osorio Pulido | DIRECCION Cl 76A 89 31 | TELEFONO 3132300512 |
| CEDULA: 1032937344 | CORREO ELECTRÓNICO: Mishelle1626@gmail.com | |
| BARRIO O VEREDA Paris / ESTRATO: 3 | LOCALIDAD: ENGATIVÁ | |
| ESCOLARIDAD: Bachiller NS/NR: | TIPO DE VIVIENDA: CASA__APTO X RURAL_ | |

**3. ANAMNESIS**

Buena salud

| ULT. CELO: dd/mm/aaaa | ULT. DESPARASITACIÓN: dd/mm/aaaa | ULT. VACUNACIÓN: NS/NR: X |
|---|---|---|
| NA | 01 Oct 2025 | **CANINOS** PARVO: dd/mm/aaaa TRIPLE: dd/mm/aaaa PENTAVALENTE: dd/mm/aaaa HEXAVALENTE: dd/mm/aaaa PARAINFLUENZA Y BORDETELLA: dd/mm/aaa RABIA: dd/mm/aaaa |
| | | **FELINOS:** TRIPLE FELINA: dd/mm/aaaa LEUCEMIA: dd/mm/aaaa RABIA: dd/mm/aaaa |

**4. EXAMÉN CLÍNICO**

| | |
|---|---|
| HALLAZGOS DE ENFERMEDAD APARENTE: SI_____NO X | SISTEMA O SISTEMAS AFECTADOS: ninguno |
| HALLAZGOS ENCONTRADOS: ninguno | |
| CLASIFICACION ASA: I. / II. III. IV. V. VI. E. | CONDICIÓN CORPORAL: 3 /5 |

**5. CONSTANTES FISIOLOGICAS PREQUIRÚRGICAS**

| F. CARDIACA: | F. RESPIRATORIA: | TEMPERATURA | TLLC | MUCOSAS: |
|---|---|---|---|---|
| 95 l/m | 30 r/m | 38.2 °c | 2 seg | ROSA |

OBSERVACIONES: _____

**7. MEDICACION**

| FASE DE PROCEDIMIENTO | MEDICACIÓN | | DOSIS/OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|
| PREANESTESIA | XILACINA | 0,15 ml. | 1-2mg/kg IM |
| | KETAMINA | ____ ml. | 5-7mg/kg IV |
| | | ____ ml. | |
| MANTENIMIENTO ANESTÉSICO | PROPOFOL | 0,15 ml. | 0,5mg/kg IV |
| POST OPERATORIO | PEN (S.P.B.) | 0,35 ml. | 20,000 UI/kg IM |
| | MELOXICAM | 0,2 ml. | 0.2mg/kg SC |

HALLAZGOS ANORMALES:

En calidad de (Cirujano y/o Anestesiólogo), suscribo este documento como constancia de haber brindado al responsable o tenedor, información completa sobre el procedimiento quirúrgico y especificamente los riesgos relacionados con la Ovario histerectomía/orquiectomía (esterilización/castración), quien ha manifestado de manera libre y voluntaria su ACEPTACION_X RECHAZO_, para la realización del procedimiento sin exámenes prequirúrgicos.

| | | |
|---|---|---|
| NOMBRE DEL MVZ CIRUJANO TARJETA PROFESIONAL | Gina Paola Rodriguez G<br>Medica Veterinaria MSc<br>T.P. 9743 | FIRMA |
| NOMBRE DEL MVZ ANESTESIÓLOGO TARJETA PROFESIONAL | Norbey Cabrera B.<br>Médico Veterinario<br>T.P. 52492 | FIRMA |

Alcaldía Local de Engativá

**8. CONSENTIMIENTO INFORMADO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DE ESTERILIZACION**

En pleno y normal uso de mis facultades mentales, manifiesto que he recibido y entendido la información acerca del procedimiento Ovariohistectomia/Orquiectomia en el cual será esterilizado mi animal de compañía. Declaro que al autorizar la esterilización, entiendo que pueden presentarse riesgos durante la cirugía como son; paros respiratorios o cardiacos, hemorragias, reacciones anafilácticas, complicaciones neurológicas e incluso la muerte.

Así mismo manifiesto que he recibido de forma clara y oportuna la información sobre el procedimiento de implantación del microchip y se aclara los riesgos que se pueden presentar. Se realiza énfasis que durante la implantación del microchip puede generar riesgos o reacciones adversas que se pueden evidenciar en la zona de implantación, y se manifiesta como inflamación en el punto de punción, además de posible infección en el área por el uso posterior de lociones, jabones, talcos, aplicación de antipulgas, baños secos y otras sustancias que irriten y contaminen la zona, dentro de los 5 días posteriores a la implantación.

De igual manera autorizo al médico veterinario a realizar la implantación del microchip, de mi animal de compañía, igualmente autorizo el manejo de mis datos personales, de acuerdo con la normatividad vigente.

Además soy consciente y **ACEPTO X** o **RECHAZO_____la declinación realización de exámenes pre-quirúrgicos a mi animal de compañía (los cuales NO los cubre el Programa).** Adicionalmente se me ha explicado y entiendo, todos los riegos que pueden presentarse en el procedimiento, por esto asumo en su totalidad la responsabilidad de la cirugía y sin derecho a contravención alguna. También entiendo que existen situaciones extraordinarias, cuya probabilidad de ocurrencia es baja, lo cua he sido informado, he comprendido y aceptado.

En constancia, he dado una información veraz y exacta sobre el estado de salud de mi animal de compañía, mis inquietudes han sido aclaradas y he leído y comprendido la información consignada en este documento.

En calidad de tenedor o responsable del paciente, **AUTORIZO** al Médico Veterinario y/o Médico Veterinario Zootecnista para realizar la intervención quirúrgica bajo las condiciones anteriormente mencionadas.

**COMPROMISO DE CUIDADOS POST OPERATORIO**
Me comprometo a seguir irrevocablemente las recomendaciones y a tomar las medidas de preacaución y acciones que sean necesarias para evitar complicaciones en mi animal de compañía.

Como soy responsable del cuidado de mi animal de compañía después de la intervención asumo los riesgos y daños que se puedan presentar por negligencia o impericia en la manipulación con mi animal de compañía, lo cual exonera al Médico Veterinario prestador del servicio por cualquier tipo de daño que pueda sufrir.

| Firma del Responsable/Tenedor: | Nro de Identificación: |
|---|---|
| Sharith Osorio | 1032987344 |

## DECLINACION PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Yo,_____identificado con CC. No._____En pleno y normal uso de mis facultades mentales, me **RETRACTO** de realizar la intervención quirúrgica Ovariohistectomia / Orquiectomia (esterilizacion y castración) de mi animal de compañía. RAZON:

Nombre del Responsable/Tenedor: CC. Firma:

**OBSERVACIONES**

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

**AUTIORIZACION/DECLINACION DE NECROPSIA Y DISPOSICION DE CADAVER**

**SE AUTORIZA NECROPSIA PARA ESCLARECER CAUSAS POSIBLES DE FALLECIMIENTO DEL ANIMAL** ☐

**SE DECLINA DE REALIZAR NECROPSIA ASUMIENDO COMO CONSECUENCIA NO SABER LA CAUSA DE SU MUERTE** ☐

**ACEPTO DISPOSICION DE CADAVER POR PARTE DEL OPERADOR** ☐ **DECLINO DE DISPOSICION DE CUERPO POR PARTE DEL OPERADOR** ☐

Nombre del Responsable/Tenedor: Nro. Identificación: FIRMA:

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.032.937.344**

**OSORIO PULIDO**

APELLIDOS

**SHARITH MISHELLE**

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **26-AGO-2004**

**BOGOTA D.C**
**(CUNDINAMARCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.63** ESTATURA

**A+** G.S. RH

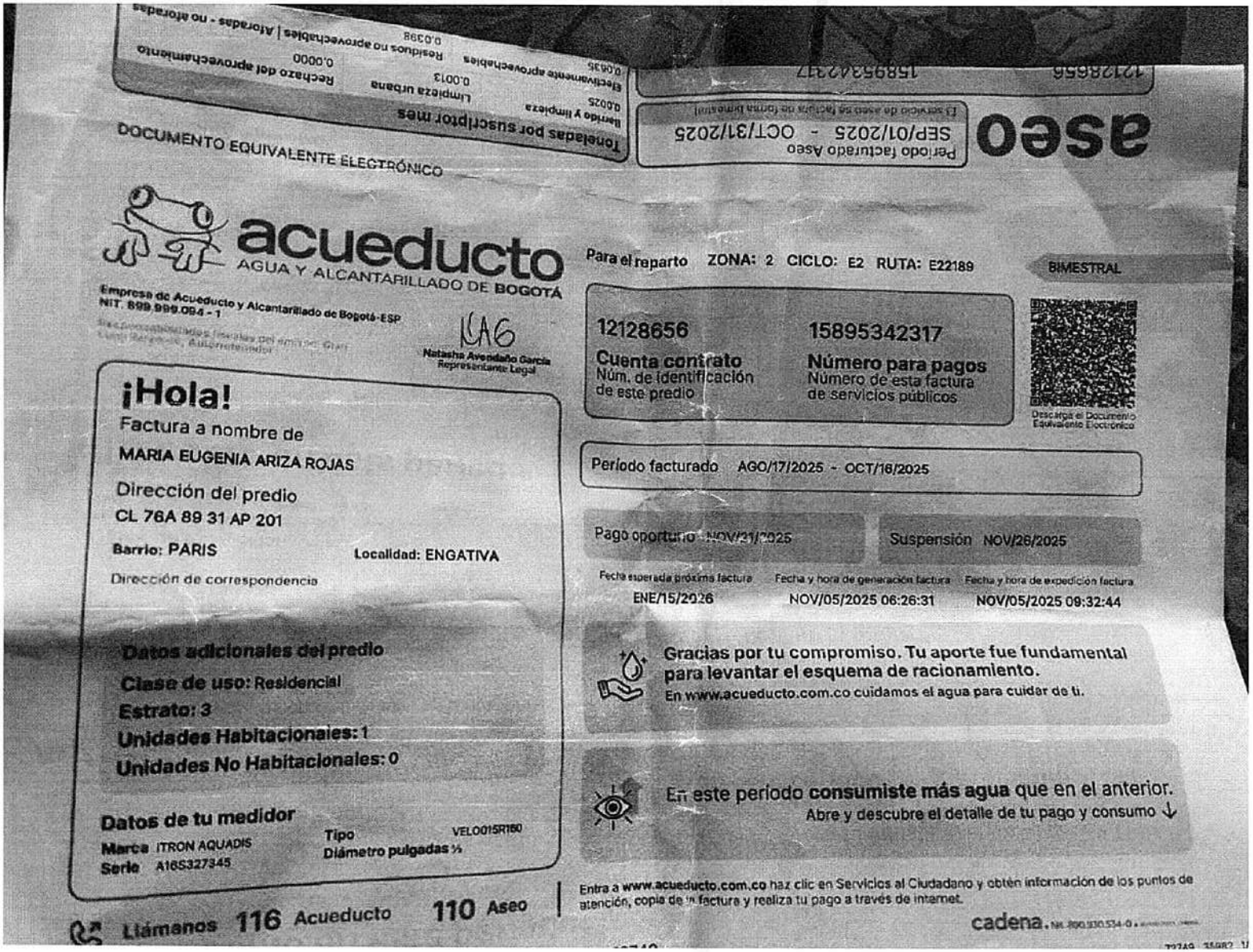
**F** SEXO

**26-AGO-2022 BOGOTA D.C.**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

I<COL0150-01327318<1-1032937344<20221104 0088870810A 1 8505505084



DOCUMENTO EQUIVALENTE ELECTRÓNICO

acueducto
AGUA Y ALCANTARILLADO DE BOGOTÁ

Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá-ESP
NIT. 899.999.094 - 1

Natasha Avendaño García
Representante Legal

Para el reparto ZONA: 2 CICLO: E2 RUTA: E22189

BIMESTRAL

¡Hola!

Factura a nombre de
MARIA EUGENIA ARIZA ROJAS

Dirección del predio
CL 76A 89 31 AP 201

Barrio: PARIS Localidad: ENGATIVA

Dirección de correspondencia

Datos adicionales del predio
Clase de uso: Residencial
Estrato: 3
Unidades Habitacionales: 1
Unidades No Habitacionales: 0

Datos de tu medidor
Marca ITRON AQUADIS
Serie A16S327345
Tipo VELO015R160
Diámetro pulgadas ½

12128656
Cuenta contrato
Núm. de identificación de este predio

15895342317
Número para pagos
Número de esta factura de servicios públicos

Descarga el Documento Equivalente Electrónico

Periodo facturado AGO/17/2025 - OCT/16/2025

Pago oportuno NOV/31/2025

Suspensión NOV/26/2025

| Fecha esperada próxima factura | Fecha y hora de generación factura | Fecha y hora de expedición factura |
|---|---|---|
| ENE/15/2026 | NOV/05/2025 06:26:31 | NOV/05/2025 09:32:44 |

Gracias por tu compromiso. Tu aporte fue fundamental para levantar el esquema de racionamiento.
En www.acueducto.com.co cuidamos el agua para cuidar de ti.

En este periodo **consumiste más agua** que en el anterior.
Abre y descubre el detalle de tu pago y consumo ↓

Entra a **www.acueducto.com.co** haz clic en Servicios al Ciudadano y obtén información de los puntos de atención, copia de la factura y realiza tu pago a través de internet.

Llámanos 116 Acueducto 110 Aseo

cadena.

aseo

Período facturado Aseo
SEP/01/2025 - OCT/31/2025

Toneladas por suscriptor mes

| | | | |
|---|---|---|---|
| Barrido y limpieza | 0,0025 | Limpieza urbana | 0,0013 |
| Efectivamente aprovechables | 0,0635 | Residuos no aprovechables | 0,0398 |
| Rechazo del aprovechamiento | 0,0000 | | |

Aforadas - no aforadas